Recommandations de bonnes pratiques professionnelles

PERSONNES HANDICAPÉES | PERSONNES ÂGÉES



L'évaluation interne : repères pour les services à domicile au bénéfice des publics adultes



Agence nationale de l'évaluation
et de la qualité des établissements
et services sociaux et médico-sociaux

Ce document a reçu reçu l'avis favorable du Comité d'orientation stratégique de l'Anesm. Janvier 2012.

Introduction

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale soumet les établissements et services à une législation spécifique en matière d'évaluation et d'amélioration continue des activités et de la qualité des prestations[1].

L'Anesm a pour mission d'élaborer des recommandations de bonnes pratiques professionnelles pour aider les établissements et services sociaux et médico-sociaux à mener leur évaluation.

Dans ce cadre deux recommandations ont déjà été publiées : *La mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L312-1 du Code de l'action sociale et des familles*, mars 2008 et *La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L312-1 du Code de l'action sociale et des familles*, juillet 2009[2].

Ces travaux sont déclinés par catégories d'établissements et de services[3]. La production d'une recommandation sur « *L'évaluation interne : repères pour les services à domicile au bénéfice des publics adultes* » s'inscrit dans le cadre du programme de travail de l'Agence. Les travaux qui donnent lieu à cette recommandation se sont déroulés entre l'automne 2010 et l'automne 2011. Ils font état d'un consensus établi dans un contexte d'évolution réglementaire[4].

L'évaluation des activités et de la qualité des prestations des services

Les objectifs de l'évaluation

L'évaluation des activités a pour objectif d'améliorer la qualité des prestations pour les usagers. Elle aidera à adapter le fonctionnement du service et les pratiques des professionnels aux spécificités, aux attentes et aux besoins des usagers[5], dans le cadre des missions et des contraintes – en particulier budgétaires – qui lui sont imposées.

Cette évaluation porte une appréciation sur les actions mises en place et leurs effets pour la population accompagnée au regard des caractéristiques de cette dernière, ainsi que des missions et des valeurs de la structure.

La démarche proposée dans ce document centre donc l'évaluation sur les effets des prestations pour l'usager[6], mais elle interroge également l'organisation interne du service (organisation du travail, gestion, ressources humaines, etc.), le projet de service et la position de la structure par rapport à son environnement. Pour apprécier la qualité des soins de base, les services de soins concernés seront amenés à rechercher des informations complémentaires, non mentionnées dans le présent document.

L'évaluation interne ne vise pas d'emblée l'exhaustivité de tous les thèmes mais elle procède par étapes successives et vise à dégager, avec la participation de tous les acteurs, des « nœuds », points de tension forte entre les intentions affichées et les réalisations effectives, entre les effets attendus pour les usagers et les effets constatés[7].

Les différents cycles d'évaluation permettront de compléter au fur et à mesure l'exercice en approfondissant l'évaluation des axes proposés.

[1] Le décret n° 2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et des services sociaux et médico-sociaux en définit les modalités.

[2] Ces recommandations s'appuient en partie sur les travaux engagés par le Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale. CNESMS, *Évaluation interne : le guide pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux*, septembre 2006.

[3] Anesm, *Évaluation interne. Repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes*, publiée en février 2012.

[4] Réforme en cours sur la tarification des SSIAD, réforme en cours sur le cahier des charges préalable à l'autorisation des SSIAD, réforme en cours sur les indicateurs SSIAD, réforme en cours sur le cahier des charges préalable à l'agrément qualité, débat national sur la dépendance, etc.

[5] Lorsqu'il est fait mention « des attentes et des besoins des usagers », l'expression comprend les usagers, mais peut éventuellement inclure leurs représentants légaux.

[6] En ce sens elle se distingue mais est complémentaire des démarches d'amélioration de la qualité des établissements et services.

[7] Mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L312-1 du CASF Anesm 2008 p. 10.

Une dynamique continue donnant du sens aux pratiques

De par son objet – les activités centrées sur les usagers et leurs conditions de réalisation – l'évaluation interne permet aux professionnels de réfléchir à leurs pratiques et de donner (ou retrouver) du sens à leur engagement dans l'accompagnement des usagers.

De par ses modalités – démarche participative et collective – elle est à la fois un outil de management des équipes et un moyen d'implication des usagers, des familles voire d'autres partenaires dans les mesures d'amélioration mises en œuvre.

Une obligation législative

Dans le cadre de l'autorisation, la législation distingue deux types d'évaluation : l'évaluation interne et l'évaluation externe. La première est menée par le service lui-même (éventuellement accompagnée d'un prestataire[8]), alors que l'évaluation externe est réalisée par un organisme extérieur habilité par l'Anesm. Les deux types d'évaluation sont complémentaires et portent sur les mêmes champs.

Elles s'inscrivent dans un processus dynamique, où chaque évaluation s'alimente des résultats de l'évaluation précédente.

Pour l'évaluation interne, les services transmettent à l'autorité ayant délivré l'autorisation les résultats de leur évaluation interne tous les 5 ans (soit trois évaluations internes pour une période d'autorisation de 15 ans[9]) ou lors de la révision de leur contrat pour ceux qui ont conclu un contrat pluriannuel.

Pour l'évaluation externe, les services procèdent à deux évaluations externes[10], entre la date de l'autorisation et le renouvellement de celle-ci. Les résultats de la première sont transmis au plus tard 7 ans après la date de l'autorisation. Les résultats de la seconde sont transmis au plus tard deux ans avant le renouvellement de l'autorisation. Celui-ci, qu'il soit total ou partiel, est *« exclusivement subordonné aux résultats de l'évaluation externe »*[11].

Le contexte de l'évaluation dans les services à domicile

Certaines spécificités des services à domicile sont à prendre en compte dans la démarche d'évaluation. Il s'agit notamment :

- **du lieu d'intervention.**

  L'intervention au domicile inscrit les professionnels dans une relation spécifique avec l'usager et ses proches. Isolés et souvent éloignés des professionnels d'encadrement ou des gestionnaires, les intervenants agissent sous le regard direct des usagers et dans un environnement qui nécessite souvent des adaptations pour la réalisation d'actes techniques.

- **des modes de participation des usagers à la vie du service.**

  L'éloignement géographique des usagers entraine souvent des modalités et des niveaux de participation collective différents de ceux pratiqués dans les établissements. Une réflexion spécifique et complémentaire à celles engagées dans le cadre de l'évaluation doit être menée par les services sur les modes de participation des usagers[12].

- **de la diversité et de la multiplicité des intervenants au domicile.**

  De nombreuses personnes, aux statuts et compétences variés, peuvent intervenir auprès de l'usager à son domicile, qu'ils soient parents, amis ou professionnels. Une attention est à apporter quant à la cohérence et à la continuité des interventions.

---

[8] La possibilité de faire appel à un prestataire est proposée dans la « Démarche qualité – Évaluation interne dans un établissement ou service médico-social ou social et recours à un prestataire – Guide méthodologique », DGAS, mars 2004.

[9] Sauf pour les services relevant du régime dérogatoire (service autorisé et ouvert avant le 21 juillet 2009). Le calendrier des évaluations et la liste des cas particuliers figurent en annexe.

[10] Sauf pour les services relevant du régime dérogatoire (service autorisé et ouvert avant le 21 juillet 2009). Le calendrier des évaluations et la liste des cas particuliers figurent en annexe.

[11] Article L313-1 du Code de l'action sociale et des familles.

[12] PONDAVEN M., « Pourquoi inscrire l'évaluation des activités et de la qualité des prestations dans les principes de l'évaluation des politiques publiques. » *Revue d'action juridique et sociale*, n° 258, octobre 2006.

Les caractéristiques de la démarche d'évaluation

L'évaluation nécessite :

- **une démarche participative et collective.**

  La démarche d'évaluation intègre les points de vue de l'ensemble des acteurs concernés, c'est-à-dire les professionnels du service (représentants de l'organisme gestionnaire, président ou membre désigné par le Conseil d'Administration, équipe de direction, professionnels d'accompagnement, de soins, de services logistiques, etc.), les intervenants extérieurs (libéraux, partenaires du territoire, bénévoles), les usagers et leur entourage. Elle prend en compte les éventuelles difficultés d'expression des usagers et identifie les meilleures conditions de leur participation [13].

- **une démarche d'objectivation.**

  La démarche d'évaluation nécessite une rigueur méthodologique permettant de construire une objectivité basée d'une part sur la fiabilité des données recueillies et analysées, d'autre part sur la confrontation des points de vue des acteurs impliqués dans la démarche.

L'évaluation se distingue des démarches d'audit, de certification et de contrôle dans la mesure où :

- le cadre de l'évaluation interne est élaboré à partir des particularités de chaque service (mission, valeurs, population accompagnée, etc.) et de son projet de service ; il n'est pas une grille préétablie de critères.
- la démarche d'évaluation interne contribue à une démarche autonome d'appréciation de la qualité en vue d'éclairer les décisions de la structure et n'a pas pour but l'obtention d'un label, ni d'aboutir à une sanction.
- l'entrée dans la démarche est centrée sur la pertinence et les conditions de mise en œuvre des activités pour les usagers.

Les destinataires de la recommandation

Le document s'adresse à des services qui accompagnent des publics aux besoins très différents et interviennent dans un contexte spécifique : statuts juridiques particuliers, singularité des territoires, variété des partenariats, hétérogénéité des formes d'intervention au sein d'une même catégorie de services, etc. Néanmoins, la grande diversité des organisations et de leur fonctionnement ne doit pas faire obstacle à la mise en évidence d'enjeux communs pour ce qui concerne la qualité de l'accompagnement. Ainsi pour garantir cette dernière, l'adaptation des réponses aux besoins et attentes des usagers et l'attention portée au respect de leurs droits doivent être préservés.

Ce document s'adresse aux professionnels exerçant dans des services d'aide et de soins à domicile accompagnant des personnes âgées de plus de 60 ans malades ou dépendantes, des personnes adultes handicapées, des personnes atteintes de pathologie chronique ou d'une affection de longue durée [14] :

- service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ;
- service d'aide et d'accompagnement à domicile autorisé (SAAD) ;
- service polyvalent d'aide et de soins à domicile (SPASAD) ;
- service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) ;
- service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH).

Compte tenu du public ciblé dans cette recommandation, les services d'aide et d'accompagnement des familles à domicile qui sont autorisés, s'appuieront également sur ce support pour mener leur démarche d'évaluation interne [15].

[13] Anesm, Mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L312-1 du CASF, p. 10.

[14] Services mentionnés aux alinéas 6° et 7° de l'article L.312-1, I du CASF : « 6° Les établissements et les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ; » « 7° Les établissements et les services, y compris les foyers d'accueil médicalisé, qui accueillent des personnes adultes handicapées, quel que soit leur degré de handicap ou leur âge, ou des personnes atteintes de pathologies chroniques, qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ou bien qui leur assurent un accompagnement médico-social en milieu ouvert ; »

[15] Service mentionné au L222-2, L222-3 du CASF.

Ce document fournit des **repères** utiles aux professionnels chargés de conduire ou de participer aux démarches d'évaluation interne et en particulier aux équipes d'encadrement, aux dirigeants d'organismes gestionnaires d'une ou de plusieurs structures[16] auxquels les services peuvent être rattachés. Il peut également être utile aux organismes habilités chargés de réaliser l'évaluation externe et aux autorités ayant délivré l'autorisation, destinataires des rapports d'évaluation transmis par les services.

Si les obligations des services à domicile à l'égard de l'évaluation varient selon leurs caractéristiques (autorisé/agréé, certifié/non-certifié, prestataire/mandataire, etc.)[17], les principes méthodologiques restent les mêmes pour l'ensemble des services. À cet effet, les repères fournis dans la recommandation peuvent être utiles pour : les services mandataires et les organismes agréés de services à la personne (OASP) certifiés qui n'ont aucune obligation à l'égard de l'évaluation interne[18].

La recommandation : mode d'emploi

Le document est constitué de trois parties.

Partie 1 : la conduite de la démarche d'évaluation

- **L'organisation de la démarche d'évaluation ;**
- **L'évaluation de quatre axes centrés sur les usagers ;**
- **Les suites de l'évaluation.**

Cette partie est destinée à l'ensemble des professionnels mais permettra aux responsables de l'évaluation (direction, encadrement) d'avoir une vision globale de la démarche afin de pouvoir communiquer avec les équipes. Un diaporama, résumant cette partie est disponible sur le site de l'Anesm.

Partie 2 : la démarche d'évaluation axe par axe

- **La garantie des droits individuels et la participation des usagers ;**
- **La prévention des risques ;**
- **La promotion de l'autonomie et de la qualité de vie ;**
- **La continuité de l'accompagnement et la coordination des interventions.**

Cette partie est destinée à tous les professionnels mais tout particulièrement aux groupes de travail réunis sur l'évaluation d'un ou plusieurs thèmes sur un ou plusieurs axes. Pour chaque thème, l'ensemble de la démarche est décliné concrètement afin de faciliter d'une part l'évaluation des thèmes et des axes, d'autre part son appropriation par l'ensemble des acteurs.

Partie 3 : les annexes

- **Des éléments de méthode pour faciliter la démarche d'évaluation sous forme d'outils pratiques ;**
- **Les références des textes législatifs concernant l'évaluation des établissements et services sociaux et médico-sociaux.**

[16] Les organismes ici mentionnés sont les personnes morales publiques et privées gestionnaires de services (dénommées institutions sociales et médico-sociales au sens du Code de l'action sociale et des familles). Ils seront nommés dans la recommandation « organismes gestionnaires ».

[17] Une synthèse des obligations des différents services à l'égard de l'évaluation est proposée en annexe.

[18] Les OASP non certifiés sont concernés par la recommandation au travers de leur évaluation externe.

I.

La conduite de la démarche d'évaluation

1 Organiser la démarche d'évaluation

L'évaluation interne est l'occasion de questionner les professionnels sur leurs pratiques et sur ce qui fonde leur activité, à savoir la qualité de vie des personnes accompagnées. Cette démarche impose quelques contraintes et nécessite un investissement en temps non négligeable. C'est la raison pour laquelle une organisation particulière et une mobilisation de l'équipe participent à son bon déroulement.

La démarche collective nécessite l'organisation de réunions consacrées à la conduite de la démarche ou à sa mise en œuvre.

Si certains professionnels ont acquis une « culture de l'évaluation », celle-ci reste encore pour beaucoup un objet qui n'est pas vraiment identifié. Elle est souvent perçue comme une démarche technocratique ou comme une inspection, un contrôle.

Pourtant au-delà de son caractère obligatoire, l'évaluation participe à l'amélioration de la qualité du service et peut être aussi utilisée pour répondre à des besoins particuliers : mobilisation des professionnels, participation d'usagers, communication envers les partenaires, élaboration de nouveaux projets, etc.

Avant d'entrer dans la démarche d'évaluation, il convient d'identifier les éléments qui déterminent son bon déroulement :

➤ **le rôle primordial de la direction**[19] **et de l'équipe d'encadrement.** L'évaluation interne est un des registres du management. L'engagement de la direction dans la démarche, la mobilisation et la formation des membres de l'équipe d'encadrement sont des conditions essentielles à sa réussite et à son appropriation **[fiche 1. Quand et par quoi commencer ?]**.

➤ **l'organisation de la démarche.** La méthode pour l'évaluation interne correspond à celle utilisée dans « les démarches projet ». Elle nécessite au préalable :

- d'identifier un groupe chargé de la conduite de l'évaluation **[fiche 2. Comment et pourquoi mettre en place un comité de pilotage de l'évaluation ?]** ;
- de planifier les travaux **[fiche 3. Comment définir un planning d'évaluation ?]** ;
- et de définir les moyens à mettre en œuvre **[fiche 4. Comment identifier les moyens et outils facilitant la conduite de l'évaluation ?]**.

➤ **la communication.** L'implication et la mobilisation des différents acteurs nécessitent *a minima* une information sur le lancement, le déroulement et les résultats de la démarche **[fiche 5. Comment mobiliser l'ensemble des acteurs ?].**

[19] Le terme « direction » est employé au sens large : directeur du service, responsables de l'organisme gestionnaire, administrateurs, etc.

Fiche 1 - Quand et par quoi commencer ?

Quand le service doit-il commencer son évaluation interne ?	Le service s'engage dans son évaluation interne à tout moment dans le respect du cadre législatif. Il convient pour cela d'identifier la date butoir et de tenir compte du temps nécessaire à sa réalisation. Par rapport à l'évaluation externe, l'évaluation interne doit être : • ni trop éloignée pour maintenir du sens entre les deux évaluations ; • ni trop rapprochée pour laisser du temps à la mise en place d'actions correctives et pour permettre de voir les effets de celles-ci. L'écart de deux ans, en moyenne, entre les deux évaluations, prévu par le cadre législatif (sauf dispositions particulières) correspond au déroulement d'une démarche dynamique et continue.
Quels sont les éléments déclencheurs de la démarche ?	L'entrée dans la démarche peut s'appuyer sur plusieurs éléments : • l'identification d'un point faible ou d'un dysfonctionnement majeur ; • la volonté d'approfondir le questionnement sur le parcours complet des usagers ; • la nécessité de mesurer et d'analyser l'atteinte, ou non, d'un objectif que le service a mis en œuvre dans le cadre de ses missions ; • une dynamique impulsée par le siège de l'organisme gestionnaire, une fédération de services ou les autorités d'autorisation et de tarification.
Comment entrer dans la démarche ?	Pour faciliter l'entrée dans la démarche, l'établissement peut partir d'un « diagnostic rapide » ou d'un « pré-diagnostic ». Il s'agit d'un travail préliminaire qui peut être effectué à partir de quelques questions identifiées prioritaires, d'un court référentiel ou de l'analyse de quelques données quantitatives ou qualitatives déjà existantes et rapidement exploitables.
Gestionnaires de plusieurs structures : quelle démarche entreprendre ?	Un même gestionnaire de structures peut décider de lancer son évaluation dans l'ensemble de ses services et établissements. Malgré une démarche commune, un rapport d'évaluation interne spécifique à chaque structure autorisée devra être transmis aux autorités compétentes. Cela permet au gestionnaire de disposer d'un diagnostic global, d'harmoniser les pratiques voire de mutualiser différents moyens (formations, réunions, etc.). Néanmoins, cette solution nécessite souvent davantage de temps et d'investissement de la part des professionnels.

Spécificités

Le projet de service s'articule à différents niveaux avec l'évaluation. Il nourrit les questions évaluatives en identifiant les missions du service et les objectifs à atteindre, en caractérisant les publics, en explicitant la procédure d'évaluation et en élaborant des tableaux de bord[20].

Toutefois, si le projet de service n'est pas finalisé ou n'a pas été actualisé, (l'existence d'un projet de service formalisé est cependant une obligation légale) il est possible de conduire l'évaluation interne. Elle facilitera la reprise et l'aboutissement de ce projet ou sa révision.

ILLUSTRATION

Une association gère plusieurs établissements et services qui n'ont pas le même calendrier de renouvellement des autorisations.

Certaines structures ont été autorisées avant le 02/01/2002 et doivent remettre leur rapport d'évaluation interne avant le 03/01/2014 ; alors que d'autres ont été autorisées le 01/12/2009 et doivent transmettre leur rapport d'évaluation interne avant le 01/12/2014.

Pour homogénéiser la démarche, mutualiser des temps de formation et renforcer une culture commune, le gestionnaire décide que l'ensemble des établissements et services démarre leur évaluation interne au cours du premier trimestre 2011. Au dernier trimestre 2011, tous les établissements et les services de l'organisme gestionnaire auront proposé un plan d'amélioration à suivre.

[20] Anesm, *Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service*, mai 2010, p. 17.

Fiche 2 - Pourquoi et comment mettre en place un comité de pilotage de l'évaluation ?

Le comité de pilotage de l'évaluation a un rôle stratégique. Il pense la démarche dans sa globalité (lancement, mise en œuvre, suivi, plan d'amélioration) et prend les décisions concernant sa structuration. Il assure la fonction de conduite de l'évaluation.

Quel lien avec les instances existantes ?	Le comité de pilotage se différencie : • du Conseil d'administration de par ses participants et ses objectifs ; • du (des) groupe(s) de travail chargé(s) de la mise en œuvre.
Quelle taille et qui participe ?	La taille du comité de pilotage varie en fonction de la taille du service et du volume d'activités. Le comité de pilotage intègre *a minima* le référent évaluation et les principaux dirigeants (directeurs, administrateurs, etc.), mais il est également possible d'y associer selon le contexte : • des cadres et chefs de service ; • des intervenants au domicile, des accompagnateurs sociaux ; • des administratifs ; • des partenaires ; • des usagers ou des représentants d'usagers ; • des représentants du personnel (délégué du personnel, etc.) ; • des bénévoles ; • …/…
Quels sont les rôles du comité de pilotage de l'évaluation ?	Les rôles du comité de pilotage de l'évaluation varient en fonction des phases de l'évaluation. En amont de la démarche (phase 1) : • déterminer le planning de l'évaluation **[fiche 3. Comment définir un planning d'évaluation ?]** ; • définir le rôle des acteurs et déterminer les moyens et outils nécessaires au recueil d'informations **[fiche 4. Comment identifier les moyens et outils nécessaires à la démarche d'évaluation ?]** ; • définir ou valider les objectifs prioritaires du service qui permettront de construire le cadre évaluatif. À mi-parcours (phases 2 et 3) : • suivre l'état d'avancement du recueil et de l'analyse des informations. En aval (phase 4) : • valider l'analyse des informations pour établir un diagnostic partagé ; • hiérarchiser les propositions d'amélioration afin qu'elles soient validées par la direction et les instances délibérantes de l'organisme gestionnaire.

Spécificités

Dans les petites structures, la composition du comité de pilotage peut être identique à celle du groupe de travail. Il importe dans ce cas de bien différencier les fonctions : le comité de pilotage suit, organise la démarche d'évaluation et prend les décisions, le groupe de travail élabore le cadre de référence, recueille, analyse les informations et fournit des pistes d'amélioration.

Les organismes gestionnaires de plusieurs structures : lorsqu'un organisme gestionnaire de structures décide de mettre en place une démarche d'évaluation dans l'ensemble de ses structures, il peut mettre en place un comité de pilotage transversal (au niveau du « siège » quand il existe). Dans ce cas, des groupes de travail sont mis en place au sein de chaque structure.

ILLUSTRATION

Une structure d'aide à domicile multiservices (aide aux personnes âgées et aide aux familles) compte 32 salariés. Pour lancer la démarche de l'évaluation interne et ensuite la mettre en œuvre, l'association a décidé de constituer un seul groupe dédié – comité de pilotage et groupe de travail.

Ce groupe est composé d'un membre du Conseil d'administration missionné sur ce sujet, de la directrice, de la secrétaire, des 2 responsables de secteur, d'un Auxiliaire de Vie Sociale (AVS) et d'une Technicienne de l'Intervention Sociale et Familiale (TISF). Un assistant de service social du Conseil général a accepté de participer à certaines réunions techniques, tout particulièrement pour les volets « recueil d'informations » et « plan d'amélioration ». Malgré les démarches de l'association, il n'a pas été encore possible d'associer un usager, mais le projet demeure.

La directrice précise à chaque réunion s'il s'agit du comité de pilotage et/ou du groupe de travail.

Une première réunion de 3 heures a eu lieu en mai et une autre en juillet pour préciser la démarche, les modalités de fonctionnement, les rôles réciproques, etc.

Les prochaines réunions sont prévues pour une durée de 2 heures, une fois par mois.

ILLUSTRATION

Une structure d'aide à domicile gérant 40 établissements et services décide de mettre en œuvre l'évaluation interne avec l'aide d'un cabinet conseil.

***1re étape :** Un Comité de pilotage associatif (CPA) est constitué de 3 administrateurs, de 7 directeurs d'établissement, d'1 Directeur Général Adjoint, de 3 intervenants du cabinet conseil. Cette instance garantit l'implication de l'ensemble des acteurs et valide les différentes étapes de la démarche et les orientations retenues.*

***2e étape :** Le cabinet conseil forme le personnel représentant les établissements et services sur la méthodologie de l'évaluation interne, du référentiel et de son adaptation et sur l'animation des comites de pilotage pour chaque catégorie de services et/ou établissements (COPIL).*

***3e étape :** Des COPIL sont constitués, dont un commun au SAMSAH et au SAVS. Ils sont composés pour chacun d'entre eux de l'ensemble des personnels assurant ainsi la représentativité des services d'accompagnement, la cohérence de la démarche, l'analyse des données et la validation des résultats de l'évaluation interne avec les axes de progrès à réaliser.*

***4e étape :** Le CPA valide les rapports d'évaluation interne qui seront par la suite transmis aux autorités de contrôle.*

Fiche 3 - Comment définir un planning d'évaluation ?

Comme tout projet, l'évaluation se planifie en tenant compte du calendrier réglementaire, des axes à évaluer, des ressources mobilisables et des contraintes organisationnelles du service. La définition du planning est nécessaire dans la mesure où elle permet de concilier la démarche avec les impératifs de la vie du service, et d'éviter que l'évaluation ne se fasse au détriment de l'accompagnement.

Choisir comment entrer dans la démarche d'évaluation	Le service doit avoir évalué l'ensemble de ses prestations sur 5 ans (sauf dispositions particulières), c'est-à-dire avoir traité l'ensemble des 4 axes présentés dans la partie suivante **[partie II. L'évaluation de quatre axes centrés sur les usagers]**[21]. Selon le temps et les moyens disponibles, plusieurs possibilités s'offrent au service : • **compléter la démarche déjà faite au regard des éléments apportés dans la recommandation et non pris en compte** dans le référentiel utilisé **[fiche 6. Comment utiliser le référentiel d'une démarche qualité existante dans sa démarche d'évaluation ?]** : autre thème, approfondissement du questionnement, en particulier en termes d'effets pour les usagers des processus mis en place, d'indicateurs de suivi complémentaires. • **traiter l'ensemble des axes d'amélioration mais sans viser d'emblée l'exhaustivité** du questionnement sur tous les thèmes ; l'approfondissement des thèmes se fait au fur et à mesure des différents cycles d'évaluation et au cours des moments consacrés au suivi.
Identifier la durée de la démarche d'évaluation	La durée de la démarche dépend des choix qui ont été effectués précédemment. Dans tous les cas, il convient de fixer un délai entre la phase de structuration de la démarche et celle de l'élaboration du plan d'actions. Lorsque les axes sont traités de manière concomitante sans s'appuyer sur une démarche pré existante l'évaluation à l'exception du suivi du plan d'actions, s'effectue généralement entre 6 mois et 9 mois. Le suivi annuel du plan d'amélioration et des différents indicateurs est fait en continu par les pilotes désignés mais demande au comité de suivi une quinzaine de demi-journées de travail par an **[fiche 9. Comment piloter les suites de l'évaluation ?]**.
Prendre en compte les impératifs organisationnels	Les impératifs temporels du fonctionnement du service sont à identifier et à intégrer, autant que possible, dans le planning de l'évaluation : transmission du rapport d'activité, remontée des indicateurs (SSIAD), élaboration du budget, congés annuels, assemblées générales, réponse à un appel à projet, etc.
Prendre en compte les moyens nécessaires	La durée de la démarche dépend également des moyens et outils mobilisables en interne **[fiche 4. Comment identifier les moyens et outils facilitant la conduite de l'évaluation ?]**.

ILLUSTRATION

Un SSIAD s'engage dans l'évaluation interne en 2008. Lors de cette évaluation, l'ensemble des axes a été travaillé collectivement, un plan d'amélioration de la qualité et des indicateurs de suivi ont été définis. En 2009 et 2010, seuls les indicateurs de suivi ont été renseignés. Après en avoir discuté en équipe, il est ressorti que certains professionnels s'étaient sentis « frustrés » de ne pouvoir approfondir la réflexion sur certains thèmes. Pour y remédier, la coordinatrice du SSIAD a souhaité, en 2011, mobiliser son équipe sur l'axe prévention des risques. En 2012, l'accès aux droits sera privilégié.

ILLUSTRATION

Un SPASAD dispose du référentiel national de l'association dont il dépend. Le bilan initial pour enclencher l'évaluation interne a duré 4 mois. Il a nécessité 5 réunions du groupe de travail et s'est décomposé comme suit :
1 - un groupe de travail a été constitué pour expliquer et adapter le référentiel national aux spécificités du service (1/2 journée) ;
2 - le groupe de travail s'est réuni à trois reprises (3 x 1/2 journées) pour répondre aux questions du référentiel modifié, argumenter ses réponses et identifier des critères de suivi ;
3 - le groupe de travail a identifié des points à améliorer qu'il a ensuite transmis à la direction (1/2 journée) ;
4 - le groupe de travail a ensuite proposé un plan d'amélioration.
Le suivi de la démarche sera assuré les années suivantes et nécessitera 2 demi-journées de réunion chaque année.

[21] La garantie des droits individuels et la participation des usagers, la prévention des risques, la promotion de l'autonomie et de la qualité de vie, et enfin, la continuité de l'accompagnement et la coordination des interventions permettront ensuite d'interroger le projet de service, l'organisation du service et l'ouverture du service sur son environnement.

Fiche 4 - Comment identifier les moyens et outils facilitant la conduite de l'évaluation ?

Les outils et moyens présentés ci-dessous ne sont pas des conditions indispensables pour entreprendre la démarche d'évaluation, mais ils constituent un moyen de la faciliter. Bien que nécessaire au pilotage de l'activité, il est possible, par exemple, de conduire une évaluation interne sans un projet de service actualisé. Néanmoins, il est préférable que celui-ci existe et soit actualisé (moins de 5 ans).

Exemples de modes d'organisation	• Il existe un poste de qualiticien dans le service. • Une démarche d'amélioration de la qualité a déjà été faite dans le service. • L'équipe de direction est formée à la conduite de l'évaluation interne et externe. • Les professionnels sont formés/sensibilisés à l'évaluation. • La structure a mis en place un groupe de travail pour échanger sur les recommandations de bonnes pratiques de l'Anesm et aider les équipes à se les réapproprier. • Les professionnels échangent régulièrement entre eux sur leurs pratiques (réunions d'équipe, suivi régulier avec le professionnel d'encadrement, analyse de pratiques, etc.). • Les usagers, leurs proches, les partenaires sont invités à participer à des réunions organisées par le service, à échanger avec les professionnels sur l'organisation. • Le système de recueil des données pour construire les indicateurs nécessaires à l'évaluation est programmé et le recueil de certaines données est systématisé (par informatique, dans un tableau, etc.). • …/…
Exemples de moyens matériels	• Des supports de communication. • L'équipement d'outils informatiques. • Une salle à disposition pour les réunions. • …/…
Exemples d'outils	• Un projet de service actualisé. • Des tableaux de bord de suivi déjà identifiés dans le projet de service. • Des projets personnalisés mis à jour et évalués. • Un règlement de fonctionnement. • Un ou des référentiels. • Un système d'information informatisé. • …/…

ILLUSTRATION

Dans un SAMSAH, le lundi est réservé aux réunions d'équipe : deux heures le matin sont consacrées aux questions organisationnelles et deux heures l'après-midi aux réunions de synthèse (échanges sur les accompagnements, les projets personnalisés, les situations difficiles, etc.).

Pour mettre en place leur évaluation interne, les professionnels ont utilisé ces temps collectifs pour travailler le pilotage de la démarche un lundi matin par mois et mettre en place un groupe de travail deux lundi après-midi par mois.

Fiche 5 - Comment mobiliser l'ensemble des acteurs ?

L'évaluation est une démarche participative et collective susceptible d'occasionner des changements et des bouleversements dans l'organisation du service. Pour mobiliser et sensibiliser les équipes à celle-ci, les représentants de la direction doivent communiquer à chacune des étapes. S'ils ne peuvent ou ne souhaitent y participer, les professionnels sont *a minima* informés de l'avancement des travaux. L'information et la participation des partenaires, des usagers et de leurs proches sont également recherchées. La multiplication des angles d'approche, le croisement des perspectives et des sources d'information participent à l'élaboration d'une analyse partagée et objectivée.

Informer l'ensemble des professionnels	Les représentants de la direction informent en amont les salariés du service sur : • les enjeux et les objectifs de l'évaluation pour le service ; • le déroulement de la démarche ; • les différentes modalités de participation des professionnels. Les salariés sont régulièrement avisés de l'avancement des travaux et sont également informés du plan d'amélioration à l'issue de la démarche.
Associer l'ensemble des professionnels à la démarche	Tout au long de la démarche, les représentants de la direction s'appuient sur les professionnels de l'encadrement intermédiaire pour mobiliser les salariés intervenant à domicile ou accompagnant les usagers. Les professionnels (encadrants, soignants, personnels administratifs, agents d'intervention, etc.) ont la possibilité de contribuer à une réflexion sur leurs pratiques au regard des objectifs du service et des effets constatés pour les usagers. La diversité de leurs échanges et de leurs expériences favorise le questionnement sur les activités du service. La participation des professionnels s'effectue au moyen de groupes de travail, d'entretiens en face à face, de questionnaires, etc.
Associer les partenaires	Les partenaires avec lesquels une convention a été signée sont associés à la démarche sur les sujets qui les concernent.
Impliquer les usagers (et/ou leur représentant) leurs proches[22]	Il existe plusieurs niveaux de participation : la consultation, la concertation, la coproduction. Aux différentes étapes de l'évaluation et autant que possible, l'implication des usagers va au-delà de la seule consultation. Pour favoriser une participation active, il est utile : • d'en diversifier les formes (participation individuelle et collective), • d'organiser une réflexion collective au préalable sur le contenu et les modalités de participation, • de s'appuyer sur les modes de consultation et de participation existants pour voir comment les utiliser pour l'évaluation, etc. Dans tous les cas, il importe de distinguer le point de vue des usagers de celui des proches.

[22] Pour plus de détails sur les principes et modalités de mise en œuvre de la participation des usagers au fonctionnement d'un établissement ou service voir les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'Anesm : *Expression et participation des usagers dans les établissements relevant du secteur de l'inclusion sociale*, avril 2008 et *La participation des usagers dans les établissements médico-sociaux relevant de l'addictologie*, avril 2010.

ILLUSTRATION

Un SAVS organise chaque année une réunion à laquelle est invité l'ensemble des professionnels du service (personnel administratif, intervenants à domicile, accompagnateurs sociaux), les bénévoles, les partenaires, les usagers et leur entourage. Elle est l'occasion de présenter le bilan annuel et de profiter d'un moment convivial. Cette année, la réunion a permis de présenter le lancement de la démarche d'évaluation interne.

ILLUSTRATION

Tout au long de l'évaluation, un SAAD affiche dans ses locaux une fiche présentant les temps forts de la démarche. Elle est mise à jour. Cette fiche d'information est également transmise aux salariés avec chaque bulletin de salaire et aux usagers avec l'envoi de leurs factures.

ILLUSTRATION

Un gestionnaire de plusieurs structures a mis en place un comité de pilotage, où chaque service est représenté. Le plan d'amélioration prévoit des modifications dans l'organisation du travail. Lors de la validation de ce plan, les représentants du personnel sont invités au comité de pilotage.

ILLUSTRATION

Un SSIAD décide d'organiser son évaluation interne en mettant en place un COPIL et des groupes de travail. L'infirmière coordinatrice est également la référente qualité, à ce titre elle anime les différents groupes de travail et remonte les travaux et résultats au COPIL.

En fonction des thèmes abordés au sein des groupes de travail, l'infirmière coordinatrice encourage les aides soignantes et les personnes en charge de l'accueil et du secrétariat à participer aux réunions. Cette incitation est par exemple facilitée par la tenue des réunions des groupes de travail entre 14h et 16h qui sont des temps de coupures entre les tournées.

De même pour encourager la présence d'un ou plusieurs administrateurs au sein du COPIL les réunions peuvent avoir lieu en début de soirée afin de faciliter la présence de bénévoles ayant un emploi

ILLUSTRATION

Afin de remédier aux difficultés liées à l'éloignement entre le service et le domicile, un SAMSAH a décidé d'organiser des conférences par internet avec des usagers pris individuellement ou des groupes restreints d'usagers.

2 Évaluer quatre axes centrés sur les usagers

Les prestations engagées par les structures relèvent des principaux objectifs d'intervention impartis au secteur social et médico-social. Ces objectifs sont définis dans la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 et les critères d'appréciation sont énoncés dans le décret n° 2007-975 du 15 mai 2007, à savoir :

- **la garantie des droits et la participation des usagers ;**
- **la protection, la gestion et la prévention des risques ;**
- **la personnalisation de l'accompagnement ;**
- **la promotion de l'autonomie et de la qualité de vie des usagers.**

Compte tenu des spécificités des services à domicile, il est recommandé d'évaluer les activités centrées sur les usagers selon quatre axes qui déclinent ces quatre objectifs énoncés dans les textes de référence[23] :

Axe 1	**La garantie des droits individuels et la participation des usagers**
Axe 2	**La prévention des risques**
Axe 3	**La promotion de l'autonomie et de la qualité de vie**
Axe 4	**La continuité de l'accompagnement et la coordination des interventions**

Cette évaluation est une évaluation en continu sur cinq ans. Le choix de l'ordre des axes d'évaluation est fait par le comité de pilotage au regard de ce qu'il juge prioritaire.

Il est recommandé de suivre les quatre phases de la démarche d'évaluation[24] pour chaque axe d'évaluation selon le schéma page suivante :

[23] CIRCULAIRE N° DGCS/SD5C/2011/398 du 21 Octobre 2011 relative à l'évaluation des activités et de la qualité des prestations délivrées dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux. La personnalisation est nécessairement abordée dans chaque dimension de l'accompagnement et doit donc être prise en compte dans chaque axe. C'est pourquoi celui sur « la personnalisation de l'accompagnement » est envisagé de manière transversale dans les 4 axes recommandés dans ce document et non pas comme un axe à part entière.

[24] La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L312-1 du Code de l'action sociale et des familles Anesm juillet 2009

Phase 1 **Définir le cadre évaluatif**	**Les objectifs**	Au regard des missions qui nous sont conférées par les textes, de nos valeurs et des caractéristiques de la population accompagnée : • Quels sont nos objectifs ? Quels effets en attendait-on pour les usagers ?
	Les actions à mettre en place pour atteindre ces objectifs	• Qu'avions-nous prévu de faire pour atteindre ces objectifs ?
Phase 2 **Recueillir les informations**	**Les dispositions mises en place**	• Comment nous sommes nous organisés ? Avec qui ? Quand ? Avec quels moyens ? Quelles sont les modalités ?
	Les pratiques observées	• Que faisons-nous effectivement ?
	Les effets constatés pour les usagers	• Comment nous assurons-nous auprès des usagers d'avoir mesuré les effets attendus ? Les éventuels effets inattendus?
Phase 3 **Analyser les informations**	**Identification des écarts**	L'analyse a pour but de comprendre, d'interpréter les constats faits, d'élaborer le plan d'amélioration et de mobiliser les différents acteurs sur les enjeux des changements à conduire.
	Recherche d'éléments explicatifs aux écarts observés	
	Identification des points forts et des changements	
Phase 4 **Piloter les suites de l'évaluation**	**Indicateurs de suivi**	Une fois le thème évalué, le suivi porte sur l'indicateur de suivi : *Quelle est sa valeur ? Comment l'interpréter et l'analyser ? Quelles conséquences sur les actions à mettre en place ?*
	Suivi du plan d'amélioration	Si ce thème a donné lieu à un plan d'amélioration, le suivi porte également sur son état de réalisation : *Où en sommes-nous ? Quelles sont les nouvelles actions mises en place ? Les difficultés rencontrées ? Les adaptations nécessaires*

Pour répondre au questionnement évaluatif, justifier ses réponses et analyser les écarts, le service peut :

- ➤ s'appuyer sur ce qui existe déjà **[fiche 6 : Comment utiliser une démarche qualité existante dans sa démarche d'évaluation ?]**, **[fiche 7 : Où et comment rechercher les informations permettant l'évaluation ?]**
- ➤ et anticiper la manière dont il rendra compte de ses résultats **[fiche 8 : Pourquoi et comment formaliser l'analyse ?]**.

Fiche 6 - Comment utiliser le référentiel d'une démarche qualité existante dans sa démarche d'évaluation ?

Si le cadre évaluatif est spécifique à chaque catégorie de structure et ne peut correspondre à un référentiel[25] commun à l'ensemble des services, ces derniers peuvent s'appuyer sur le référentiel d'une démarche qualité existante (NF X50-056, Qualicert, Qualisap, Périclès, UNASSI, etc.). Il aidera à la construction du cadre évaluatif, du recueil d'informations ou à son analyse.

L'utilisation d'un référentiel existant nécessite de la part de la structure de :

Vérifier l'adaptation du référentiel aux spécificités du service	Lorsque les structures utilisent un référentiel commun à plusieurs d'entre elles, elles doivent s'assurer qu'il correspond bien à leurs spécificités (missions, valeurs, caractéristiques des populations accueillies, etc.). Généralement, le référentiel fait l'objet d'une adaptation en amont de l'évaluation.
Compléter, si nécessaire, le référentiel	L'évaluation interne doit être en mesure de renseigner 3 niveaux d'informations : • quelles sont les dispositions mises en place en termes de moyens humains, matériels, financiers et de procédures ? • quelles sont les pratiques observées ? • quels sont les effets constatés pour les usagers ? Si la structure utilise un référentiel, elle doit vérifier que ce dernier permet de répondre à ces trois niveaux d'informations et aux quatre axes d'évaluation recommandés. Le cas échéant, la démarche d'évaluation devra compléter les éléments manquants (il s'agit généralement des effets constatés pour les usagers).
Vérifier la compréhension du référentiel	Le référentiel doit aussi bien être compréhensible par l'équipe de direction, les administrateurs et les professionnels du service que par les usagers (et/ou leurs représentants légaux), leur famille et les bénévoles. Des sessions de travail ou de test pour discuter et reformuler le référentiel ou partie de celui-ci sont conseillées.
Répondre aux items de manière collective	Il importe que l'appréciation des items du référentiel soit effectuée de manière collective (généralement en groupe de travail). Les réponses apportées sont le résultat d'un consensus, d'un diagnostic partagé. Avant de répondre et de confronter les points de vue, un temps de réflexion individuelle peut s'avérer nécessaire.
Motiver les items cotés	Une cotation chiffrée ou allant de A à D n'est pas suffisante ; elle doit être justifiée et peut être complétée par des préconisations. Ces commentaires permettront d'identifier les pistes d'amélioration.

[25] La notion de référentiel est généralement utilisée dans le cadre des démarches qualité pour désigner un document composé d'un ensemble d'obligations et de prescriptions opposables. Les référentiels sont construits pour la quasi-totalité sur le même modèle : une série d'items classés et pour chacun desquels une cotation (mesurable) permet à la structure de se situer par rapport aux objectifs définis. Certains référentiels prévoient également des éléments d'appréciation motivant chaque cotation. Ils ont une vocation générique et peuvent s'appliquer à un ensemble d'établissements ou de services. Définition élaborée à partir d'éléments mentionnés dans l'ouvrage de Pierre SAVIGNAT *Conduire l'évaluation externe*, Dunod , 2010, pp. 102-103.

ILLUSTRATION

Une association regroupant plusieurs services à domicile a utilisé le référentiel proposé par sa fédération.

Dans un premier temps elle l'a ajusté aux missions de ses services et à la population qu'ils accompagnent : elle a supprimé les items non pertinents.

Dans un deuxième temps, des groupes de travail thématiques de 10 personnes ont été mis en place pour vérifier la compréhension du référentiel. Pour chaque item, chacun des acteurs a dû en donner une définition et se mettre d'accord sur le vocabulaire à utiliser.

Dans un troisième temps, les services ont complété le référentiel. Il portait sur les modes d'organisation et les pratiques effectives du service. Afin de renseigner tous les niveaux d'informations, les services ont ajouté des items interrogeant les effets pour les usagers.

ILLUSTRATION

Pour élaborer son référentiel, un organisme gestionnaire de plusieurs structures s'est appuyé sur « Le guide pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux », « La mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L312-1 du Code de l'action sociale et des familles », et « La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L312-1 du Code de l'action sociale et des familles ».

Afin de faciliter la compréhension et l'appropriation du référentiel par l'ensemble des acteurs, et plus particulièrement par les usagers, l'organisme gestionnaire a défini une « charte de l'évaluation ». Cette charte a été l'occasion de définir ensemble les enjeux de l'évaluation, d'adapter le vocabulaire à utiliser, et de préciser l'organisation de la démarche.

Par la suite, le référentiel a été retravaillé avec les professionnels et les usagers. Cette étape a facilité l'appropriation de la démarche par les usagers.

Fiche 7 - Où et comment rechercher les informations permettant l'évaluation ?

Pour recueillir les informations sur les pratiques quotidiennes et les effets pour les usagers, les professionnels peuvent s'appuyer sur différents supports :

Informations pour vérifier les objectifs et les pratiques réalisées	• L'analyse des documents comme le projet de l'organisme gestionnaire (projet associatif notamment), le projet de service, le rapport d'activité annuel, le plan de formation, les fiches de postes, les comptes-rendus de réunions du Conseil de Vie Sociale et autres lieux d'expression, les synthèses des enquêtes de satisfaction, les conventions signées, les entretiens téléphoniques avec les partenaires, etc. • L'analyse des démarches d'amélioration de la qualité déjà faites, que ce soit avec des référentiels de certification ou d'autres outils, etc. • Le recueil de données quantitatives dans les dossiers usagers, les évaluations des besoins (GIR, GEVA, RAI, etc.), les tableaux de bord administratifs, les dossiers des ressources humaines, le planning des activités d'animation, le registre des événements indésirables ou autre système de recueil des plaintes, les rapports d'activités des partenaires de convention, etc. • Par l'analyse de données qualitatives informant sur les objectifs et pratiques en cours, etc.
Informations pour vérifier les effets des pratiques pour les usagers	• Le recueil de données qualitatives auprès des professionnels, des usagers et de leur entourage au cours de réunions, d'entretiens, de questionnaires, de visite de contrôle au domicile, etc. • La comparaison des grilles d'évaluation faites tout au long de l'accompagnement des usagers, etc. • L'analyse collective pluridisciplinaire d'un certain nombre de dossiers d'usagers, etc. • Les remontées d'informations des équipes médico-sociales externes et des dispositifs de coordination (CLIC, réseaux, etc.).

ILLUSTRATION

Un SAAD a choisi d'évaluer en premier le droit à l'information de l'usager tout au long de l'accompagnement :

1) Le comité de pilotage a reformulé en actions à mettre en place ce qui est entendu par le droit à l'information dans le service : communiquer à l'usager les procédures d'intervention/informer l'usager du fonctionnement du service/informer l'usager le plus tôt possible des changements de planning et d'horaires.

2) Le recueil d'informations s'est effectué via le recensement des procédures et outils de communication mis en place et de quelques questions formulées dans le questionnaire de satisfaction.

3) Les professionnels (intervenants et administratifs) ont analysé ces informations dans le cadre d'un groupe de travail.

Conclusions de l'évaluation : Il ressort que les procédures d'intervention sont correctement suivies par les professionnels même si des améliorations sont souhaitées en ce qui concerne la coordination entre intervenants et personnels administratifs.

Les usagers estiment être suffisamment informés à l'avance des changements d'horaires (77 % sont satisfaits).

Des améliorations s'avèrent malgré tout nécessaires pour les situations d'urgence. Des solutions d'anticipation pourraient être recherchées.

Fiche 8 - Pourquoi et comment formaliser l'analyse ?

Le service doit être en mesure de démontrer ses analyses en apportant la preuve de ce qui est fait, de la manière dont c'est fait et de ses effets.

L'importance de la traçabilité des informations	La traçabilité des informations utilisées pour l'évaluation est importante pour pouvoir : • communiquer à l'ensemble des acteurs du service les points saillants ressortant de l'évaluation de ce thème ; • suivre régulièrement la mise en œuvre et l'efficacité des actions d'amélioration ; • garder trace de la réflexion collective sur le sujet à une année N pour être utilisée lors du suivi à l'année N+1 ; • écrire le rapport d'évaluation interne qui est à remettre aux autorités de tarification et d'autorisation **[outil 5. Le rapport d'évaluation interne]** ; • fournir des éléments de preuve lors de l'évaluation externe.
Les modalités de traçabilité des informations	Cette traçabilité peut être réalisée sous deux formes complémentaires : • Un tableau de suivi des informations quantitatives peut être mis en place et alimenté régulièrement. Il s'agit d'un outil permettant de visualiser le suivi des indicateurs choisis par le service. • Un compte rendu de réunion peut être structuré de la manière suivante : ➤ les principaux constats ; ➤ les principaux écarts et leur analyse présentés de manière synthétique ; ➤ les objectifs d'amélioration ; ➤ les moyens à mobiliser en termes d'effectifs et de compétences ; ➤ l'organisation et le management ; ➤ l'information et la communication ; ➤ les partenariats à solliciter ; ➤ les données quantitatives et qualitatives à suivre ; ➤ le calendrier de suivi ; ➤ les personnes chargées de collecter les informations sur le suivi des actions.

3 Les suites de l'évaluation

Fiche 9 - Comment piloter les suites de l'évaluation ?

L'évaluation doit mener à des propositions d'actions permettant l'amélioration de la qualité de l'accompagnement des usagers.

Proposer, hiérarchiser et valider des actions à améliorer	L'analyse du recueil d'informations axe par axe permet un diagnostic de la situation du service. Le groupe de travail s'appuie sur ces constats pour proposer des actions d'amélioration. Celles-ci sont hiérarchisées par le comité de pilotage et validées par la direction ou l'organisme gestionnaire.
Élaborer un plan de suivi	Pour chaque objectif d'amélioration, le service identifie 4 éléments nécessaires à leurs mises en œuvre : • Les effets qui sont attendus : les résultats que le service souhaite atteindre. • Les moyens humains : le comité de pilotage propose une personne qui suit les actions à mettre en place pour atteindre l'objectif et les personnes qui aideront à sa mise en œuvre. • Les moyens matériels et financiers : le coût en euros, en temps et en logistique sont à prévoir. • Les moyens de communication : la direction et l'ensemble des professionnels doivent être informés de la progression des actions. Ces éléments aideront à construire un calendrier prévisionnel.
Mettre en place un comité de suivi	La taille du comité de suivi varie en fonction de la taille du service et du volume des activités. Cependant, il est généralement plus petit que le comité de pilotage et les groupes de travail. Il se réunit moins souvent. Il peut être animé par un membre du comité de pilotage, un cadre ou le référent évaluation. L'animateur supervise la progression de chaque plan d'amélioration. Le comité de suivi informe les salariés des plans d'amélioration mis en place.
Diffuser et transmettre le rapport d'évaluation	• Les services diffusent les résultats de l'évaluation auprès des différents acteurs de la démarche. Il est important d'adapter le support (présentation orale, articles, résumés, etc.), le mode de transmission (réunions, par courrier, par email, etc.) et le vocabulaire en fonction de l'interlocuteur (professionnels, usagers et proches, partenaires, bénévoles, etc.). • Les services doivent mettre en œuvre une démarche d'amélioration continue et retracer chaque année dans leur rapport d'activité l'état d'avancement des améliorations prévues au cours de l'évaluation. Ils communiquent tous les cinq ans les résultats de leur évaluation interne aux autorités.

Spécificités

Dans les petites structures, la composition du groupe de suivi de l'évaluation peut être identique à celle du comité de pilotage et/ou des groupes de travail. Il importe dans ce cas de bien différencier les fonctions de chaque groupe/comité.

ILLUSTRATION

Un SAVS de moins de 10 salariés a terminé le recueil et l'analyse des informations. Le diagnostic a donné lieu à 40 plans d'amélioration de la qualité (PAQ).

Les PAQ ont été distribués aux équipes en 2 fois (en avril puis en octobre) afin qu'ils soient mis en place progressivement.

Pour chaque PAQ, il est indiqué :

- *le numéro du plan ;*
- *l'axe d'évaluation qu'il améliore ;*
- *l'objectif qu'il faut atteindre et les effets attendus ;*
- *la personne qui pilote ce plan ;*
- *la constitution du groupe de travail qui aide à la mise en œuvre de ce plan ;*
- *le nombre minimum de réunions de travail pour réaliser ce plan ;*
- *la date à laquelle l'objectif doit être atteint.*

Chaque pilote d'un PAQ est garant de son avancée. Il informe le référent évaluation de sa progression par email et par des échanges informels.

Lorsque les PAQ arrivent à échéance, le référent envoie un email au pilote du PAQ pour connaître l'état d'avancement.

Une fois terminé, le pilote du PAQ remplit une fiche qu'il envoie au référent évaluation. Ce dernier vérifie si le document est compréhensible et s'il répond aux effets attendus.

Tous les 6 mois, les PAQ finalisés sont discutés dans le comité de suivi avec le référent, le chef de service et la directrice.

Au total, le suivi des 40 PAQ a pris au minimum 2 heures tous les 15 jours pour le référent évaluation et 2 demi-journées de réunion du comité de suivi.

Fiche 10 - Pourquoi et comment utiliser des indicateurs de suivi ?

Le suivi des indicateurs permet au service de disposer de données quantitatives sur son activité et peut constituer un point de départ à un questionnement. Les constats réalisés sur leur évolution permettent d'entrer dans la démarche d'évaluation interne et d'interroger les pratiques professionnelles.

L'utilité des indicateurs	Un indicateur est une information choisie, **une variable qui aide à** : • **interroger** un ou plusieurs processus mis en œuvre pour répondre aux objectifs d'accompagnement et de soins **et leurs effets pour les usagers**. • **déclencher** un questionnement évaluatif du thème étudié lorsque cet indicateur signale une qualité insuffisante des effets mesurés ou lorsque sa valeur varie d'une mesure à l'autre ; • **mesurer l'effet du plan d'amélioration** mis en place à la suite de l'évaluation.
Les limites des indicateurs	Les données servant à la construction d'un indicateur doivent être vérifiables, quantifiables et faciles à retrouver. Cependant un indicateur donne une information précise mais incomplète qui ne prend sens qu'associé à d'autres éléments d'analyse. Le suivi des indicateurs permet de mesurer le cheminement du service entre deux évaluations, mais il n'a pas pour objectif la comparaison entre services.
Nombre d'indicateurs	Pour l'ensemble des axes d'évaluation, la recommandation propose 12 thèmes prioritaires : • Le service doit être en mesure d'interroger ces différents thèmes et donc avoir un minimum de 12 indicateurs à renseigner. • Il est conseillé de ne pas dépasser un total de 15 indicateurs pour l'ensemble des thèmes afin d'assurer un suivi et d'avoir le temps d'analyser leur résultat et leur évolution.
Les exemples d'indicateurs proposés par l'Anesm	Cette recommandation propose 25 exemples d'indicateurs de suivi. Ils ont été retenus pour leur capacité à signaler une évolution de la situation des usagers. Cependant, chaque service peut développer et suivre ses propres indicateurs afin qu'ils soient adaptés à sa situation. La finalité de ce suivi des indicateurs est d'inscrire la démarche évaluative dans les activités quotidiennes du service. Pour autant, le suivi de l'évaluation ne se résume pas aux indicateurs et il porte également sur les actions mises en place suite au plan d'amélioration.

II.

La démarche d'évaluation axe par axe

Axe 1

La garantie des droits individuels et la participation des usagers

La loi n° 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale a renforcé les droits individuels et collectifs des usagers. Elle définit les droits et libertés individuels et collectifs[26] et rend obligatoire différents outils[27] garantissant leur mise en œuvre.

La participation à l'évolution du fonctionnement du service est un droit institué par la loi. Elle en a précisé les formes (enquêtes de satisfaction ou autres formes de participation) et en a énuméré des thèmes de consultation des usagers[28] (organisation de la vie quotidienne, nature et prix des services rendus, animation de la vie institutionnelle, autres formes de participation).

Trois thèmes à évaluer :

- **Le respect des personnes**
- **La participation des usagers à leur accompagnement**
- **L'association des usagers à l'évolution du fonctionnement du service**

[26] Ces droits sont inscrits dans la *Charte des droits et libertés de la personne accueillie* mentionnée à l'article L311-4 du Code de l'action sociale et des familles (le terme « personne accompagnée » sera privilégié dans la recommandation) : principe de non-discrimination, droit à une prise en charge ou à un accompagnement adapté, droit à l'information, principe du libre choix, du consentement éclairé et de la participation de la personne, droit à la renonciation, droit au respect des liens familiaux, droit à la protection, droit à l'autonomie, principe de prévention et de soutien, droit à l'exercice des droits civiques attribués à la personne accueillie, droit à la pratique religieuse, respect de la dignité de la personne et de son intimité.

[27] En ce qui concerne les services à domicile : le livret d'accueil, la charte des droits et libertés de la personne, le règlement de fonctionnement, le document individuel de prise en charge, les enquêtes de satisfaction, la personne qualifiée, le projet de service.

[28] Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ; décret n° 2004-287 du 25 mars 2004 relatif au conseil de la vie sociale et aux autres formes de participation institués à l'article L311-6 du Code de l'action sociale et des familles ; décret n° 2005-1367 du 2 novembre 2005 portant modifications de certaines dispositions du Code de l'action sociale et des familles (partie réglementaire) relatives au conseil de la vie sociale et aux autres formes de participation institués à l'article L311-6 du Code de l'action sociale et des familles.

Thème 1. Le respect des personnes

1. Le cadre évaluatif

Au regard des missions qui nous sont conférées par les textes, de nos valeurs et des caractéristiques de la population accompagnée, quels sont nos objectifs ? Qu'avions-nous prévu de faire pour les atteindre ? Quels effets en attendait-on pour les usagers ?

OBJECTIFS

- Garantir le droit au respect de la dignité et de l'intégrité de l'usager.
- Garantir le droit au respect de l'intimité et de la vie privée.
- Garantir le droit à la sécurité.
- Garantir le droit à une prise en charge et un accompagnement de qualité favorisant son autonomie.
- Garantir le droit à la confidentialité des informations concernant les personnes.
- Garantir le droit à l'exercice des droits civiques, à la pratique religieuse.
- Garantir le droit au respect des liens familiaux.
- Garantir la possibilité d'exprimer ses choix entre les prestations proposées, et leurs mises en œuvre, et respecter le consentement éclairé de l'usager ou de son représentant légal.

Références :

- Art. L311-3 du Code de l'action sociale et des familles.
- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie, mentionnée à l'article L311-4 du Code de l'action sociale et des familles.

Exemples d'actions à mettre en place

- Vérifier en équipe que le consentement de l'usager a été recherché lors de la décision d'accompagnement.
- Adapter tous les documents d'information pour les usagers sur le fond et la forme.
- Organiser le questionnement éthique au sein du service.
- …/…

Recommandations de bonnes pratiques professionnelles :

- *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre.* Anesm, juillet 2008 ;
- *Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux.* Anesm, octobre 2010 ;
- *Mission du responsable de service et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance à domicile.* Anesm, septembre 2009 ;
- *Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service.* Anesm, mai 2010 ;
- *Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée.* ANAES 2000 ;
- *Liberté d'aller et venir dans les ESSMS et obligation de soins et de sécurité.* ANAES 2004.

2. Le recueil d'informations

Comment nous sommes-nous organisés ? Que faisons-nous effectivement ? Comment nous assurons-nous auprès des usagers d'avoir mesuré les effets attendus ? Les éventuels effets inattendus ?

Les dispositions mises en place

(procédures, moyens humains, moyens matériels, moyens financiers)

- Comment les outils d'évaluation des besoins ou d'évaluation des capacités des personnes accompagnées prennent-ils en compte les habitudes de vie des usagers, de leurs expériences, de leurs valeurs, de leurs règles de vie ou de leurs croyances ?
- Comment s'assure-t-on du consentement ou de l'assentiment de la personne au début de sa prise en charge par le service ?
- Comment le projet de service prend en compte le respect de la dignité, de l'intégrité, de la vie privée, de l'intimité et de la sécurité des usagers ?
- Comment la loi 2002-2 et les différentes chartes relatives aux droits des usagers sont-elles discutées avec les professionnels ? Déclinées dans le projet de service ?
- Comment le règlement de fonctionnement reprend-t-il les droits des usagers ? Comment le livret d'accueil et le règlement de fonctionnement ont-ils été adaptés à la population accueillie : formulations, taille de la police utilisée… ?
- Comment les professionnels sont-ils formés au respect de la vie privée (respect des horaires, discrétion lors des toilettes, dignité de l'habillement, manière de s'adresser aux personnes, etc.) ? Quels sont les procédures et les outils pour les professionnels au sujet du respect de la vie privée des usagers ? Sont-ils expliqués à tous les nouveaux professionnels ? Comment l'encadrement s'assure-t-il des pratiques réelles ?
- Comment est abordée la réflexion éthique sur la question liberté/sécurité ? Sur la liberté d'aller et venir ? Sur le refus de soins et d'aide ?
- Comment l'organisation permet-elle de garantir la confidentialité et le partage des informations ? Quelle est la procédure de gestion des dossiers ? Est-elle formalisée ? Est-elle connue des professionnels ? Comment les usagers sont-ils informés de cette procédure et de ce partage d'informations ? Si la procédure n'est pas formalisée : pour quelles raisons ? Est-ce envisagé ? Dans quels délais ?
- Comment les réclamations des usagers sont-elles prises en compte ? Comment sont-elles formalisées ? Comment sont-elles traitées ?
- Quelle procédure a été mise en place par le service pour signaler les actes de maltraitance (en relation avec l'axe 2) ?
- …/…

Les actions observées

- Quel est le nombre de réunions ayant eu lieu dans les 12 mois précédents sur des questions éthiques ? Quels sont les sujets abordés ? Combien de professionnels y ont participé ? Y a-t-il eu des échanges ? Ont-ils été diffusés ? La question du respect de la vie privée et de l'intimité des personnes a-t-elle été abordée lors de ces réunions ? Si oui, comment ?
- Combien de professionnels sont sensibilisés à la notion de domicile ou d'espace privé (sonner avant d'entrer, demander l'autorisation pour se servir d'un objet, ne pas venir sans prévenir, etc.) ?
- Combien de professionnels ont suivi un module de formation sur le respect de la personne à domicile ?
- Combien de professionnels sont-ils sensibilisés aux modalités de partage d'informations (secret médical, secret partagé, etc.) en interne ? Avec des partenaires extérieurs ? Lors de leur formation initiale ?
- …/…

Les effets constatés pour les usagers	➤ Quel est l'avis des professionnels sur le respect de la personne ? Y a-t-il des droits pour lesquels les conditions d'application sont plus difficiles ? Lesquels ? ➤ Comment les usagers perçoivent-ils le respect de leurs droits ? Comment s'expriment-ils à cet égard ? Qu'en disent les proches ? ➤ Quel est le niveau de satisfaction des usagers à l'égard du respect de leur intimité et de leur vie privée par le service ? Par les professionnels ? ➤ Combien de réclamations sur ce sujet sont-elles relevées ces 3, 6, 12 derniers mois ? Comment sont-elles traitées ? Quels sont les facteurs principaux de mécontentement ? ➤ …/…

3. L'analyse des constats

L'analyse a pour but de comprendre, d'interpréter les constats faits, d'élaborer le plan d'amélioration et de mobiliser les différents acteurs sur les enjeux des changements à conduire.

Sur quoi porte l'analyse au minimum ?	➤ **L'identification des écarts :** – entre les objectifs et les effets constatés : *par exemple, le respect du consentement de chaque personne et la perception qu'en ont les usagers.* – entre les actions prévues et les pratiques observées : *par exemple, les horaires d'arrivée prévus de l'intervenant et ses horaires d'arrivée réels.* – entre les pratiques recommandées et les pratiques observées : *par exemple, la manière de s'adresser aux personnes ou de respecter l'intimité de leur logement.* – entre les pratiques observées à un temps x et un temps y ou entre les effets constatés à un temps x et un temps y : *par exemple, taux de recours à la contention.* ➤ **La recherche des éléments d'explication des écarts identifiés en se demandant s'ils sont liés :** – à une définition incomplète des actions à mettre en place ? – aux outils de recueil utilisés, à l'organisation du travail, au passage de l'information entre professionnels ? – aux moyens mobilisés en personnel (qualification et nombre de professionnels présents) ? – à la formation des professionnels ? – à l'évolution de la population accompagnée ? Au problème de langue ? À la méconnaissance culturelle ? – à d'autres facteurs explicatifs… ?
Sur quoi débouche cette analyse ?	**Cette analyse permet l'identification :** – des points forts sur lesquels s'appuyer afin de les pérenniser ; – des points sur lesquels un changement doit être conduit. La conduite du changement passe par l'élaboration d'axes d'amélioration avec une liste et un calendrier des actions à mener ainsi que des critères permettant de les suivre.

4. Le suivi

Une fois le thème évalué, le suivi porte sur l'indicateur de suivi : *quelle est sa valeur ? Comment l'interpréter et l'analyser ? Quelles conséquences sur les actions à mettre en place ?*

Si le thème a donné lieu à un plan d'amélioration, le suivi porte également sur son état de réalisation : *où en sommes-nous ? Quelles sont les nouvelles actions mises en place ? Les difficultés rencontrées ? Les adaptations nécessaires ?*

Exemples d'indicateurs de suivi afin d'interroger les effets des actions pour les usagers

Le service choisit de renseigner un ou plusieurs indicateurs qu'il suivra régulièrement.

Les indicateurs proposés ci-dessous sont des exemples qui peuvent être modifiés, remplacés ou complétés par d'autres indicateurs :

1 - Taux de réclamations analysées traitées

Numérateur : Nombre de réclamations analysées et traitées sur ces 12 derniers mois

——————————————— x100

Dénominateur : Nombre de réclamations enregistrées ces 12 derniers mois

2 - Taux de satisfaction relatif au respect des droits

Numérateur : Nombre d'usagers estimant que leurs droits sont respectés au cours des 12 derniers mois

——————————————— x100

Dénominateur : Nombre d'usagers ayant répondu à la dernière enquête de satisfaction

Suivi du plan d'amélioration

Le service suit également les actions du plan d'amélioration sur cette thématique chaque année.

- état d'avancement des améliorations décidées ;
- analyse des causes d'un éventuel retard : disponibilité des moyens matériels et humains, changement de contexte, événements intercurrents, autres… ;
- selon le calendrier défini dans le plan d'amélioration, suivi des indicateurs choisis, ciblés sur les actions d'amélioration programmées ;
- analyse croisée de ces données pour éventuelle adaptation du plan d'amélioration.

Thème 2. La participation des usagers à leur accompagnement

1. Le cadre évaluatif

Au regard des missions qui nous sont conférées par les textes, de nos valeurs et des caractéristiques de la population accompagnée, quels sont nos objectifs ? Qu'avions-nous prévu de faire pour les atteindre ? Quels effets en attendait-on pour les usagers ?

OBJECTIFS

- Garantir le droit à l'information.
- Garantir le droit à la participation de la personne (et/ou de son représentant légal) à la conception et la mise en œuvre du projet qui la concerne.
- Garantir le libre choix entre les prestations proposées et le respect du consentement éclairé de la personne ou de son représentant légal et le droit à la renonciation.

Références :

- Art. L311-3 du Code de l'action sociale et des familles.
- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie, mentionnée à l'article L311-4 du Code de l'action sociale et des familles.

Exemples d'actions à mettre en place

- Remettre systématiquement le livret d'accueil aux usagers.
- Permettre à l'usager d'accéder à son dossier à chaque fois qu'il le demande.
- Permettre à l'usager de s'exprimer sur la satisfaction de ses besoins physiques et psychiques.
- Définir des objectifs d'accompagnement avec l'usager (et ses proches si besoin).
- …/…

Recommandations de bonnes pratiques professionnelles :

- *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*. Anesm, juillet 2008 ;
- *Les attentes de la personne et le projet personnalisé*. Anesm, décembre 2008 ;
- *Mission du responsable de service et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance à domicile*. Anesm, septembre 2009 ;
- *Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service*. Anesm, mai 2010.

2. Le recueil d'informations

Comment nous sommes-nous organisés ? Que faisons-nous effectivement ? Comment nous assurons-nous auprès des usagers d'avoir mesuré les effets attendus ? Les éventuels effets inattendus ?

Les dispositions mises en place

(procédures, moyens humains, moyens matériels, moyens financiers)

- Quels outils de la loi 2002-2 sont remis aux usagers (livret d'accueil, Document Individuel de Prise en Charge, liste des personnes qualifiées) ? De quelle manière ? À quel moment ? Par qui ?
- Comment les interventions du service sont-elles décrites aux usagers ? Par qui ? À quelle occasion ? Avec quels outils ?
- Comment les documents sont-ils adaptés aux éventuelles difficultés de compréhension des usagers ?
- Comment le service favorise-t-il l'expression des usagers ?
- Comment le projet de service formalise la participation des usagers à leur accompagnement ? Le livret d'accueil ? Le règlement de fonctionnement ? Dans le contrat de prestation de service ou le Document Individuel de Prise en Charge ?
- Comment les professionnels associent les usagers à leur accompagnement ? Comment les encouragent-ils à s'exprimer oralement ? Par écrit ? Comment prennent-ils en compte leurs éventuelles difficultés de communication ?
- Lorsque les usagers ont accepté formellement les plans d'aide/plans de compensation/ plans de soins/projets d'intervention, mais n'acceptent pas dans les faits l'intervention du service, quels sont les moyens/stratégies mis en œuvre par le service et les professionnels pour favoriser l'adhésion des usagers à leur projet personnalisé ?
- A quelle fréquence les besoins et attentes des usagers sont-ils réévalués ? Comment ? Par qui ? Comment ces résultats permettent-ils de réajuster les interventions ?
- …/…

Les actions observées

- Quel est le nombre de documents individuels de prise en charge signés par la personne elle-même ? Signés par le représentant légal ? Non signés ?
- Combien d'objectifs d'accompagnement ont été définis avec l'usager ?
- Combien de professionnels ont été formés/sensibilisés à leur arrivée dans le service aux difficultés de compréhension éventuelle des populations accompagnées ? Selon quelles modalités (formation théorique/pratique) ?
- Combien de professionnels ont été formés/sensibilisés aux modes de participation des usagers dans l'accompagnement ?
- Dans les services d'aide et d'accompagnement, combien d'usagers sont associés à l'élaboration, le suivi et l'évaluation du projet ? D'aidants familiaux ? Combien d'usagers ont transmis les coordonnées d'une ou plusieurs personnes (proche, partenaire, etc.) pouvant être sollicitées au cours de l'intervention en cas de besoin ?
- Combien de rencontres formalisées entre l'usager et le service ont lieu en moyenne au cours d'une année ?
- Quels sont les moyens les plus fréquemment utilisés par les usagers pour exprimer leurs remarques sur leur accompagnement (téléphone, courrier, enquête de satisfaction, directement auprès du professionnel, etc.) ?
- Combien d'usagers ou de représentants légaux ont souhaité et ont pu avoir accès à leur dossier ces 3, 6, 12 derniers mois ?
- …/…

Les effets constatés pour les usagers	➤ Combien d'usagers comprennent les documents qui leur sont remis (livret d'accueil, DIPC, liste des personnes qualifiées, etc.) ? Comment le service s'assure de la compréhension des documents par les usagers ? ➤ Lors des entretiens de recueil, de suivi ou d'évaluation des attentes et des besoins, combien d'usagers se sont-ils exprimés sur la satisfaction de leurs besoins physique ou psychique, et sur leurs souhaits d'autonomie ? De quelle manière ? Comment ces besoins et attentes sont-ils pris en compte dans l'accompagnement ? S'ils ne sont pas pris en compte, quelles solutions leur sont proposées ? ➤ Combien d'usagers sont informés des modalités de partage d'informations avec d'autres professionnels ? Combien de fois l'accord des usagers a-t-il été recherché ? De quelle manière ? Qu'est-ce que le service a mis en place pour recueillir cet accord ? ➤ Selon les usagers eux-mêmes, l'entourage, les professionnels du service, ou encore les partenaires intervenants auprès de l'usager : – Les plans d'aide/plans de compensation/plans de soins/projets d'intervention sont-ils compris des usagers ? Acceptés intégralement par les usagers ? – Les usagers sont-ils satisfaits de leur participation dans l'accompagnement ? ➤ …/…

3. L'analyse des constats

L'analyse a pour but de comprendre, d'interpréter les constats faits, d'élaborer le plan d'amélioration et de mobiliser les différents acteurs sur les enjeux des changements à conduire.

Sur quoi porte l'analyse au minimum ?	➤ **L'identification des écarts :** – entre les objectifs et les effets constatés : par exemple, la compréhension réelle par les usagers des documents qui leur sont remis. – entre les actions prévues et les pratiques observées : *par exemple, les documents remis aux usagers sont peu lisibles pour eux (langue, taille des caractères, style de phrase, etc.)*. – entre les pratiques recommandées et les pratiques observées : *par exemple, la recherche de l'accord de l'usager pour un partage d'informations relatives à son dossier avec d'autres professionnels*. – entre les pratiques observées à un temps x et un temps y ou entre les effets constatés à un temps x et un temps y : *par exemple, le suivi du taux de satisfaction des usagers concernant leur participation à l'accompagnement*. ➤ **La recherche des éléments d'explication des écarts identifiés en se demandant s'ils sont liés :** – à une définition incomplète des actions à mettre en place ? – aux outils de recueil utilisés, à l'organisation du travail, au passage de l'information entre professionnels ? – aux moyens mobilisés en personnel (qualification et nombre de professionnels présents) ? – à la formation des professionnels ? – à l'évolution de la population accompagnée ? – à d'autres facteurs explicatifs… ?
Sur quoi débouche cette analyse ?	**Cette analyse permet l'identification :** – des points forts sur lesquels s'appuyer afin de les pérenniser ; – des points sur lesquels un changement doit être conduit. La conduite du changement passe par l'élaboration d'axes d'amélioration avec une liste et un calendrier des actions à mener ainsi que des critères permettant de les suivre.

4. Le suivi

Une fois le thème évalué, le suivi porte sur l'indicateur de suivi : *quelle est sa valeur ? Comment l'interpréter et l'analyser ? Quelles conséquences sur les actions à mettre en place ?*

Si le thème a donné lieu à un plan d'amélioration, le suivi porte également sur son état de réalisation : *où en sommes-nous ? Quelles sont les nouvelles actions mises en place ? Les difficultés rencontrées ? Les adaptations nécessaires ?*

Exemples d'indicateurs de suivi afin d'interroger les effets des actions pour les usagers

Le service choisit de renseigner un ou plusieurs indicateurs qu'il suivra régulièrement. Il suit également les actions du plan d'amélioration sur cette thématique chaque année.

Les indicateurs proposés ci-dessous sont des exemples qui peuvent être modifiés, remplacés ou complétés par d'autres indicateurs :

3 - Taux d'accès au dossier

Numérateur : Nombre d'usagers (ou personne ayant droit) ayant accédé à leur dossier sur les 12 derniers mois

———————————————— x100

Dénominateur : Nombre d'usagers ayant demandé leur dossier sur les 12 derniers mois

4 - Taux de participation au projet

Numérateur : Nombre d'usagers ayant « participé » à l'élaboration de son projet de soin ou son projet personnalisé (ou son projet d'intervention) au cours des 12 derniers mois

———————————————— x100

Dénominateur : Nombre d'usagers accompagnés par le service dont le projet personnalisé (ou son projet d'intervention) a été élaboré durant les 12 derniers mois

Suivi du plan d'amélioration

Le service suit également les actions du plan d'amélioration sur cette thématique chaque année.

- état d'avancement des améliorations décidées ;
- analyse des causes d'un éventuel retard : disponibilité des moyens matériels et humains, changement de contexte, événements intercurrents, autres… ;
- selon le calendrier défini dans le plan d'amélioration, suivi des indicateurs choisis, ciblés sur les actions d'amélioration programmées ;
- analyse croisée de ces données pour éventuelle adaptation du plan d'amélioration.

Thème 3. L'association des usagers à l'évolution du fonctionnement du service

1. Le cadre évaluatif

Au regard des missions qui nous sont conférées par les textes, de nos valeurs et des caractéristiques de la population accompagnée, quels sont nos objectifs ? Qu'avions-nous prévu de faire pour les atteindre ? Quels effets en attendait-on pour les usagers ?

OBJECTIFS

➤ Associer les usagers et prendre en compte leur point de vue pour faire évoluer le fonctionnement du service afin de mieux prendre en compte leurs besoins et leurs attentes (en relation avec l'axe 3).

Références :

- Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale :
  - Art. L311-3 du Code de l'action sociale et des familles.
  - Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
  - Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie, mentionnée à l'article L311-4 du Code de l'action sociale et des familles.

Exemples d'actions à mettre en place

➤ Développer les différentes formes de participation des usagers à la vie du service.
➤ Réaliser annuellement une enquête de satisfaction.
➤ Faire participer les usagers à l'élaboration du règlement de fonctionnement.
➤ Faciliter l'implication des familles dans les instances de participation.
➤ …/…

Recommandations de bonnes pratiques professionnelles :

- *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre.* Anesm, juillet 2008 ;
- *Les attentes de la personne et le projet personnalisé.* Anesm, décembre 2008 ;
- *Mission du responsable de service et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance à domicile.* Anesm, septembre 2009 ;
- *Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service.* Anesm, mai 2010.

2. Le recueil d'informations

Comment nous sommes-nous organisés ? Que faisons-nous effectivement ? Comment nous assurons-nous auprès des usagers d'avoir mesuré les effets attendus ? Les éventuels effets inattendus ?

Les dispositions mises en place (procédures, moyens humains, moyens matériels, moyens financiers)	➤ Comment les modes d'intervention du service sont-ils formalisés ? Quels supports sont utilisés ? Ces informations sont-elles connues de tous les professionnels ? Si besoin, comment ces informations peuvent être communiquées aux usagers ? ➤ Comment les horaires d'ouverture sont-ils communiqués aux usagers ? Avec quels outils ? Comment le service vérifie-t-il que ces outils sont compris des usagers ? ➤ Depuis quand une enquête de satisfaction ou un Conseil de la vie sociale est mis en place ? Quelles sont leurs modalités de fonctionnement ? Sont-elles conformes aux textes ? ➤ Comment les questionnaires sont transmis aux usagers ? Comment sont préparées les séances du conseil de la vie sociale avec les usagers ? Avec les familles ? ➤ Comment sont analysés par les professionnels les résultats des questionnaires ou les comptes rendus des réunions de CVS ? ➤ Comment sont favorisées d'autres modalités de participation des usagers et de leur entourage ? ➤ Comment le mode de fonctionnement de ces instances s'adapte-t-il aux particularités des usagers (choix de l'horaire des réunions, lieu, animation de groupe, supports visuels et auditifs, formulation des questions, support de passation, difficultés de déplacement, etc.) ? ➤ Comment la structure s'organise pour faire un retour aux usagers sur leur participation (résultat de questionnaire, réponse aux demandes de CVS, etc.) ? ➤ …/…
Les actions observées	➤ Quelles informations sur les intervenants sont communiquées aux usagers (noms, qualifications, etc.) ? Par qui ? Avec quels outils ? À quelle occasion ? Sont-ils réactualisés ? ➤ Quelles perspectives d'amélioration du service les résultats des évaluations des projets individuels permettent-ils d'engager ? ➤ Quelles sont les formes de participation des usagers (enquête de satisfaction, groupe de parole, CVS, etc.) ? Selon quelles modalités ? Selon quelles fréquences ? Cette participation porte-t-elle bien sur le fonctionnement du service (accès aux dossiers, ouverture des locaux, planning des intervenants, choix d'un référent, choix des activités proposées par le service en particulier pour les SAVS, …) ? ➤ Quel est le nombre d'enquêtes de satisfaction réalisées sur ces cinq dernières années ? Le nombre de réunions de CVS sur les 12 derniers mois ? Quels sont les sujets qui ont été abordés ? Quel est le nombre de comptes rendus ? Sont-ils diffusés aux usagers ? Quand ? ➤ Combien de professionnels ont pris connaissance des comptes rendus d'enquête ou de CVS ? ➤ …/…

Les effets constatés pour les usagers

- Combien d'usagers ont- été associés à l'élaboration du projet de service ? Du règlement de fonctionnement ? Comment ?
- Les résultats des enquêtes de satisfaction permettent-ils au service de réinterroger ses pratiques et ses prestations ? Si oui, comment ? Si non, pour quelles raisons ?
- Combien d'usagers connaissent les horaires d'ouverture du service ?
- Combien d'usagers déclarent être informés des modalités d'intervention du service ? Combien d'usagers se disent satisfaits du niveau d'information ?
- Combien d'usagers participent aux enquêtes de satisfaction ? Au CVS ? À d'autres instances de participation ? Combien de proches ? Comment ce mode de recueil améliore la prise en compte de leurs attentes ?
- …/…

3. L'analyse des constats

L'analyse a pour but de comprendre, d'interpréter les constats faits, d'élaborer le plan d'amélioration et de mobiliser les différents acteurs sur les enjeux des changements à conduire.

Sur quoi porte l'analyse au minimum ?

- **L'identification des écarts :**
  - entre les objectifs et les effets constatés : par exemple, l'expression et la participation réelles des usagers.
  - entre les actions prévues et les pratiques observées : *par exemple, les documents distribués au CVS sont peu lisibles pour les usagers*.
  - entre les pratiques recommandées et les pratiques observées : *par exemple, le nombre de questionnaires de satisfaction*.
  - entre les pratiques observées à un temps x et un temps y ou entre les effets constatés à un temps x et un temps y : *par exemple, le suivi des réclamations.*
- **La recherche des éléments d'explication des écarts identifiés en se demandant s'ils sont liés :**
  - à une définition incomplète des actions à mettre en place ?
  - aux modalités d'organisation et /ou d'animation des instances de participation?
  - aux moyens mobilisés en personnel (qualification et nombre de professionnels présents) ?
  - à la formation des professionnels à la conduite de réunion ? La facilitation de l'expression de chacun en groupe ?
  - à l'évolution de la population accompagnée ?
  - à d'autres facteurs explicatifs… ?

Sur quoi débouche cette analyse ?

Cette analyse permet l'identification :
- des points forts sur lesquels s'appuyer afin de les pérenniser ;
- des points sur lesquels un changement doit être conduit.

La conduite du changement passe par l'élaboration d'axes d'amélioration avec une liste et un calendrier des actions à mener ainsi que des critères permettant de les suivre.

4. Le suivi

Une fois le thème évalué, le suivi porte sur l'indicateur de suivi : *quelle est sa valeur ? Comment l'interpréter et l'analyser ? Quelles conséquences sur les actions à mettre en place ?*

Si le thème a donné lieu à un plan d'amélioration, le suivi porte également sur son état de réalisation : *où en sommes-nous ? Quelles sont les nouvelles actions mises en place ? Les difficultés rencontrées ? Les adaptations nécessaires ?*

Exemples d'indicateurs de suivi afin d'interroger les effets des actions pour les usagers

Le service choisit de renseigner un ou plusieurs indicateurs qu'il suivra régulièrement. Il suit également les actions du plan d'amélioration sur cette thématique chaque année.

Les indicateurs proposés ci-dessous sont des exemples qui peuvent être modifiés, remplacés ou complétés par d'autres indicateurs :

5 - Taux de questionnaires de satisfaction retournés ou renseignés

Numérateur : Nombre de questionnaires renseignés lors de la dernière enquête de satisfaction

———————————————— x100

Dénominateur : Nombre de questionnaires envoyés pour la dernière enquête de satisfaction

6 - Taux de participation à un groupe d'expression

Numérateur : Nombre d'usagers ou représentants d'usagers ayant participé au dernier groupe d'expression collective

———————————————— x100

Dénominateur : Nombre d'usagers ou représentants d'usagers ayant été sollicités pour le dernier groupe d'expression

Suivi du plan d'amélioration

Le service suit également les actions du plan d'amélioration sur cette thématique chaque année.

- état d'avancement des améliorations décidées ;
- analyse des causes d'un éventuel retard : disponibilité des moyens matériels et humains, changement de contexte, événements intercurrents, autres… ;
- selon le calendrier défini dans le plan d'amélioration, suivi des indicateurs choisis, ciblés sur les actions d'amélioration programmées ;
- analyse croisée de ces données pour éventuelle adaptation du plan d'amélioration.

Synthèse de l'axe sur la garantie des droits individuels et la participation des usagers

Trois thèmes à évaluer :

- Le respect des personnes ;
- La participation des usagers à leur accompagnement ;
- L'association des usagers à l'évolution du fonctionnement du service.

Cadre évaluatif (la théorie)

Les objectifs (effets attendus pour les usagers) sont :

- Garantir le droit au respect de la dignité et de l'intégrité de l'usager.
- Garantir le droit au respect de l'intimité et de la vie privée.
- Garantir le droit à la sécurité.
- Garantir le droit à une prise en charge et un accompagnement de qualité favorisant son autonomie.
- Garantir le droit à la confidentialité des informations concernant les personnes.
- Garantir le droit à l'exercice des droits civiques, à la pratique religieuse.
- Garantir le droit au respect des liens familiaux.
- Garantir la possibilité d'exprimer ses choix entre les prestations proposées, et leurs mises en œuvre, et respecter le consentement éclairé de l'usager ou de son représentant légal.
- Garantir le droit à l'information.
- Garantir le droit à la participation de la personne (et/ou de son représentant légal) à la conception et la mise en œuvre du projet qui la concerne.
- Associer les usagers pour faire évoluer le fonctionnement du service.

Les modes d'organisation et les actions prévues pour atteindre les objectifs sont définis par le service à partir, entre autres, des recommandations.

Analyse des écarts

Recueil d'informations (l'existant)

Synthèse du questionnement pour connaître les dispositions mises en place :

- Comment le service s'organise-t-il pour garantir le droit au respect de l'intimité et de la vie privée ? Pour garantir le droit au respect de la dignité et de l'intégrité de l'usager ? Pour garantir le droit à la sécurité ? À exprimer des choix ? À une prise en charge et un accompagnement de qualité ? À la confidentialité ? À l'exercice des droits civiques et à la pratique religieuse ? Au respect des liens familiaux ? À l'information ? À la participation de la personne à son projet ? À l'évolution du fonctionnement du service ?
- Quand ces actions sont-elles mises en place ?
- Par qui et avec qui sont-elles mises en place ?
- …/…

Synthèse du questionnement pour observer les pratiques :

- Quelles sont les pratiques réellement mises en place pour garantir le droit au respect de l'intimité et de la vie privée ? Pour garantir le droit à la sécurité ? Au libre choix ? À l'information ? À la participation de la personne à son projet ? Au fonctionnement du service ?
- Combien de fois ces pratiques ont été mises en place ?
- …/…

Synthèse du questionnement pour les effets constatés pour les usagers :

- Combien d'usagers ont été associés à l'élaboration du projet de service ? Du règlement de fonctionnement ? Du règlement intérieur ? Comment ?
- Les résultats des enquêtes de satisfaction permettent-ils au service de se remettre en question ? Si oui, comment ? Si non, pour quelles raisons ?
- Lors des entretiens de recueil, de suivi ou d'évaluation des attentes et des besoins, combien d'usagers ont eu la possibilité de s'exprimer sur leur bien-être et sur leurs souhaits d'autonomie ? De quelle manière ? Comment ces besoins et attentes sont-ils pris en compte dans l'accompagnement ? Si non, quelles solutions leur sont proposées ?
- Quel est le niveau de satisfaction des usagers à l'égard du respect de l'intimité et de la vie privée par le service ? Par les professionnels ?
- Combien de réclamations sur ce sujet sont-elles relevées ces 3, 6, 12 derniers mois ?
- …/…

Suivi de l'évaluation



Axe 2

La prévention des risques

Les risques varient selon les personnes, leurs situations familiales, leurs pathologies, leur situation environnementale ou leur niveau d'autonomie[29]. Par exemple, la dépression ou la dénutrition peuvent menacer davantage les personnes seules plutôt que les autres (états dépressifs, perte d'appétit, incapacité ou perte d'envie de se préparer un repas). De même le risque de chute est omniprésent à un certain stade de difficultés de mobilité, ou dans des environnements inappropriés. Au domicile, une partie des risques sont partagés par les usagers et les professionnels notamment les risques liés à l'ergonomie des domiciles et à son état. Les solutions peuvent également être communes, par exemple une aide technique adaptée et bien utilisée limitera les risques pour le professionnel (maux de dos liés aux transferts) et pour l'usager (risque de chute lors des transferts).

Aussi, il paraît difficile de hiérarchiser la prévalence de certains risques. En fonction du service et de la population accompagnée tel ou tel risque pourra être plus ou moins important. Néanmoins, les guides et recommandations relatifs à la prévention dans les services à domicile insistent sur trois grandes catégories de risque (cf. infra) : la maltraitance, les risques liés à la situation de vulnérabilité et les risques professionnels.

Les risques liés à la situation de vulnérabilité des usagers peuvent être la conséquence de facteurs environnementaux ou liés à l'usager lui-même, à son comportement, celui de son entourage ou celui des professionnels intervenant au domicile : chutes, troubles alimentaires, escarres, hygiène, dépression, isolement social, douleurs, troubles de l'humeur et du comportement.

Ces derniers, ou certaines situations d'accompagnement, peuvent être facteurs de maltraitance. Celle-ci recouvre un champ large de risque à domicile. Articulée à la notion de « bientraitance », la maltraitance revêt des formes physiques, psychiques, matérielles, financières, médicales, actives, passives, de violation des droits. Pour une approche globale de la maltraitance, il convient aussi d'être vigilant aux possibilités de maltraitance des aidants familiaux envers les usagers, tout autant que de prévenir la maltraitance des usagers et/ou des aidants familiaux envers les professionnels.

La prévention de la maltraitance des personnes vulnérables passe notamment par la prévention de l'usure professionnelle (fatigue professionnelle, accidents du travail ou maladies, manque ou insuffisance de qualification, de groupe de parole, etc.). Elle passe également par la mise en place de réseaux professionnels au niveau de l'accompagnement, de la coordination, des échanges d'expériences, de la formation, etc.

Le questionnement pour prévenir ce type de risque porte sur l'engagement de l'institution, l'évaluation de la situation au début de la prise en charge de l'usager, l'évaluation continue des situations à risque de maltraitance, l'organisation des relations avec le bénéficiaire et les aidants familiaux, la mise en œuvre de démarches de prévention, l'accompagnement et la formation des professionnels, la capacité à élargir l'analyse aux partenaires, le signalement et l'accompagnement dans les situations de maltraitance avérées.

Trois thèmes à évaluer :

- **La maltraitance**
- **Les risques inhérents à la situation de vulnérabilité des personnes**
- **Les risques professionnels**

[29] MANTOVANI, J. GARNUNG, M. CAYLA, F. HAHET, G. DUCHIER, J. MEMBRADO, M. *Qualité de mise en œuvre de l'APA à domicile : positionnements de gestionnaires, professionnels et bénéficiaires pour une approche croisée de la qualité*. Rapport pour la DREES-MIRE. Mai 2011.

Thème 1. La maltraitance

1. Cadre évaluatif

Au regard des missions qui nous sont conférées par les textes, de nos valeurs et des caractéristiques de la population accompagnée, quels sont nos objectifs ? Qu'avions-nous prévu de faire pour les atteindre ? Quels effets en attendait-on pour les usagers ?

OBJECTIFS

- Prévenir les violences physiques.
- Prévenir les violences psychiques ou morales.
- Prévenir les violences matérielles et financières (vols, escroqueries, etc.).
- Prévenir les violences médicales et médicamenteuses (manque de soins de base, non prise en compte de la douleur, abus médicamenteux, etc.).
- Prévenir les négligences actives ou passives.
- Prévenir les privations ou les violations des droits.

Références :

- Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.
- Instruction ministérielle DGAS/2A/2007/112 du 22 mars 2007 ;
- Circulaire DGCS/2A n° 2010-254 du 23 juillet 2010 relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées et au développement de la bientraitance dans les établissements et services sociaux relevant de la compétence de l'Agence régionale de santé.
- Circulaire n° DGCS/SD2A/2011/282 du 12 juillet 2011 relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance, et au développement de la bientraitance dans les établissements et services sociaux relevant de la compétence des services déconcentrés de la cohésion sociale et à la compétence du représentant de l'État dans le département au titre de la protection de la personne.
- Article 226-3, 434-1 et 434-3 du Code Pénal relatif à la non dénonciation de crime, au défaut de signalement et à la non assistance à personne en danger.

Exemples d'actions à mettre en place

- Communiquer sur les bonnes pratiques appliquées dans le service.
- Définir des temps d'échange pour parler entre professionnels de la maltraitance.
- Organiser un traitement systématique des faits de maltraitance.
- …/…

Recommandations de bonnes pratiques professionnelles :

- *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*. Anesm, juillet 2008 ;
- *Mission du responsable de service et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance à domicile*. Anesm, septembre 2009 ;
- *Gestion des risques de maltraitance pour les services d'aide, de soins et d'accompagnement à domicile. Méthode - Repères - Outils*. Comité national de vigilance contre la maltraitance des personnes âgées et des adultes handicapés, janvier 2009 ;
- *La prévention des situations à risque de maltraitance dans l'aide et les soins à domicile*. Guide méthodologique. Mutualité Française, UNA, CHORUM, mars 2011.

2. Le recueil d'informations

Comment nous sommes-nous organisés ? Que faisons-nous effectivement ? Comment nous assurons-nous auprès des usagers d'avoir mesuré les effets attendus ? Les effets éventuels inattendus ?

Les dispositions mises en place (procédures, moyens humains, moyens matériels, moyens financiers)	➤ Comment la prévention de la maltraitance est-elle déclinée dans le projet de service ? Présentée aux nouveaux professionnels ? Aux usagers et à leurs proches ? ➤ Comment les missions des professionnels sont-elles formalisées dans les fiches de poste si celles-ci ont été rédigées ? Correspondent-elles aux tâches effectuées au domicile ? Si non, pour quelles raisons ? ➤ Comment le service informe son personnel des mesures de signalement à prendre, en cas de constats de maltraitance ? Quel est le protocole en vigueur ? Comment les usagers sont informés ? ➤ Comment les échanges entre les professionnels et les usagers sont-ils formalisés dans le service ? Connus des professionnels ? Des usagers ? ➤ Quels risques sont identifiés au niveau relationnel (avec les enfants, le conjoint, les proches, les professionnels, etc.) ? Comment ? Quand ? Par qui ? ➤ Comment le service s'assure-t-il que le langage utilisé et les gestes accomplis sont respectueux de l'usager ? Qu'il n'y a pas de sévices physiques ou psychologiques (violences verbales, absence de considération, abus d'autorité, etc.) ? ➤ Comment le service veille à être vigilant concernant la sécurité physique des usagers ? A préserver leur sentiment de sécurité? ➤ Comment le service s'assure-t-il que les risques liés aux accidents domestiques sont évalués et pris en compte dans l'accompagnement ? ➤ Comment le service s'assure-t-il qu'il n'y a pas d'abus de faiblesse, qu'il n'y a pas de vol ou d'escroquerie ? ➤ Comment les intervenants concourent-ils à informer les usagers sur les soins à effectuer et les traitements prescrits ? ➤ Quelles sont les possibilités de choix et d'actions laissées à l'usager lorsque celui-ci prend un risque ou agit à l'encontre des recommandations ? Comment les professionnels sont-ils formés à ce droit à la « prise de risque » ? (*en relation avec le thème sur le respect des personnes*) ➤ Comment sont indiquées les limites globales des interventions, dans le livret d'accueil ainsi que dans le contrat de prestation ? ➤ Comment le service vérifie que les professionnels respectent les volontés de l'usager en fin de vie ? ➤ …/…
Les actions observées	➤ Quel est le nombre de réunions ayant eu lieu dans les 12 mois précédents, permettant aux professionnels de réfléchir sur les risques existants au domicile ? Quels sont les sujets abordés ? Combien de professionnels y ont participé ? Y a-t-il eu des échanges ? Ont-ils été diffusés ? Quelles nouvelles procédures ont été mises en place à la suite de ces réunions ? ➤ Combien de professionnels ont bénéficié d'une formation sur la prévention de la maltraitance (sur les trois dernières années) ? ➤ …/…

Les effets constatés pour les usagers	➤ Quel est le nombre de plaintes enregistrées ? Quel est le nombre de plaintes traitées ? Quel est le nombre d'usagers satisfaits de ce traitement ? Sur quoi portent les plaintes ? Nombre de plaintes par thème ? ➤ Combien de situations de maltraitance pour les usagers ont été identifiées sur les 12 derniers mois ? Quelles suites ont été données ? ➤ Combien d'usagers disent avoir été volés ? ➤ Combien d'usagers ont exprimé un sentiment d'insécurité ? ➤ …/…

3. L'analyse des constats

L'analyse a pour but de comprendre, d'interpréter les constats faits, d'élaborer le plan d'amélioration et de mobiliser les différents acteurs sur les enjeux des changements à conduire.

Sur quoi porte l'analyse au minimum ?	➤ **L'identification des écarts :** – entre les objectifs et les effets constatés : *par exemple, le nombre d'escroqueries prouvées.* – entre les actions prévues et les pratiques observées : *par exemple, la formation sur la prévention de la maltraitance n'a pas pu avoir lieu.* – entre les pratiques recommandées et les pratiques observées : *par exemple, l'utilisation d'un langage respectueux.* – entre les pratiques observées à un temps x et un temps y ou entre les effets constatés à un temps x et un temps y : *par exemple l'évolution du sentiment d'insécurité relatif aux professionnels intervenants.* ➤ **La recherche des éléments d'explication des écarts identifiés en se demandant s'ils sont liés :** – à une définition incomplète des actions à mettre en place ? – aux outils de recueil utilisés, à l'organisation du travail, au passage de l'information entre professionnels ? – aux moyens mobilisés en personnel (qualification et nombre de professionnels présents) ? – à la formation des professionnels ? – à l'évolution de la population accompagnée ? – à d'autres facteurs explicatifs… ?
Sur quoi débouche cette analyse ?	**Cette analyse permet l'identification :** – des points forts sur lesquels s'appuyer afin de les pérenniser ; – des points sur lesquels un changement doit être conduit. La conduite du changement passe par l'élaboration d'axes d'amélioration avec une liste et un calendrier des actions à mener ainsi que des critères permettant de les suivre.

4. Le suivi

Une fois le thème évalué, le suivi porte sur l'indicateur de suivi : *quelle est sa valeur ? Comment l'interpréter et l'analyser ? Quelles conséquences sur les actions à mettre en place ?*

Si le thème a donné lieu à un plan d'amélioration, le suivi porte également sur son état de réalisation : *où en sommes-nous ? Quelles sont les nouvelles actions mises en place ? Les difficultés rencontrées ? Les adaptations nécessaires ?*

Exemples d'indicateurs de suivi afin d'interroger les effets des actions pour les usagers

Le service choisit de renseigner un ou plusieurs indicateurs qu'il suivra régulièrement. Il suit également les actions du plan d'amélioration sur cette thématique chaque année.

Les indicateurs proposés ci-dessous sont des exemples qui peuvent être modifiés, remplacés ou complétés par d'autres indicateurs :

7 - Taux de sanctions disciplinaires

Numérateur : Nombre de professionnels ayant fait l'objet d'une sanction disciplinaire pour maltraitance ces 12 derniers mois

———————————————— x100

Dénominateur : Nombre de professionnels du service présents ces 12 derniers mois

8 - Taux de signalements

Numérateur : Nombre de signalements de maltraitance effectués par le service (au procureur, aux travailleurs sociaux, à la gendarmerie, etc.) sur les 12 derniers mois

———————————————— x100

Dénominateur : Nombre total de suspicions de maltraitance sur les 12 derniers mois

9 - Taux de réclamations relatives aux relations avec les professionnels

Numérateur : Nombre de plaintes et de réclamations formulées par les usagers et/ou leur entourage concernant leur relation avec les professionnels au cours des 12 derniers mois

———————————————— x100

Dénominateur : Nombre de réclamations et de plaintes au cours des 12 derniers mois

Suivi du plan d'amélioration

Le service suit également les actions du plan d'amélioration sur cette thématique chaque année.

- état d'avancement des améliorations décidées ;
- analyse des causes d'un éventuel retard : disponibilité des moyens matériels et humains, changement de contexte, événements intercurrents, autres… ;
- selon le calendrier défini dans le plan d'amélioration, suivi des indicateurs choisis, ciblés sur les actions d'amélioration programmées ;
- analyse croisée de ces données pour éventuelle adaptation du plan d'amélioration.

Thème 2. Les risques inhérents à la situation de vulnérabilité des personnes

1. Cadre évaluatif

Au regard des missions qui nous sont conférées par les textes, de nos valeurs et des caractéristiques de la population accompagnée, quels sont nos objectifs ? Qu'avions-nous prévu de faire pour les atteindre ? Quels effets en attendait-on pour les usagers ?

OBJECTIFS

- Prévenir les risques relatifs aux chutes.
- Prévenir les risques relatifs aux troubles alimentaires.
- Prévenir les risques relatifs à la déglutition (fausses routes).
- Prévenir les risques liés aux postures (risques d'escarres).
- Prévenir les risques relatifs à l'isolement.
- Prévenir les risques relatifs à la dépression et au suicide.
- Prévenir les risques relatifs à la douleur.
- Prévenir les risques relatifs au dépistage et à la prise en charge des troubles de l'humeur et du comportement.
- Etc.

Point de vigilance : *Comme pour chaque thème, et plus particulièrement pour celui-ci, la pertinence des questions et les réponses à apporter varient en fonction du type de service (ayant un volet soin ou non) et de la population accompagnée (personnes âgées, personnes handicapées, personnes atteintes de pathologie chronique ou d'une affection de longue durée).*

Références :

- Article L311-3 du Code de l'action sociale et des familles.
- Circulaire DGCS/2A n° 2010-254 du 23 juillet 2010 relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées et au développement de la bientraitance dans les établissements et services sociaux relevant de la compétence de l'Agence régionale de santé.
- Circulaire n° DGCS/SD2A/2011/282 du 12 juillet 2011 relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance, et au développement de la bientraitance dans les établissements et services sociaux relevant de la compétence des services déconcentrés de la cohésion sociale et à la compétence du représentant de l'État dans le département au titre de la protection de la personne.

Exemples d'actions à mettre en place

- Mettre en place un protocole de prévention des escarres chez les usagers à risques.
- Proposer des aménagements du domicile s'il ne paraît pas adapté (tout en respectant les souhaits de la personne).
- Travailler avec les organismes concernés pour les aménagements du domicile proposés (MDPH, PACT, ANAH, ALGI, etc.).
- Former les professionnels à l'évaluation et à la prise en charge de la douleur.
- Établir un partenariat avec une structure pour la prévention des escarres.
- …/…

Recommandations de bonnes pratiques professionnelles :

- *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*, Anesm, juillet 2008 ;
- *Outil de repérage des risques d'accidents domestiques*, ANSP, 2010.

2. Le recueil d'informations

Comment nous sommes-nous organisés ? Que faisons-nous effectivement ? Comment nous assurons-nous auprès des usagers d'avoir mesuré les effets attendus ? Les éventuels effets inattendus ?

Les dispositions mises en place

(procédures, moyens humains, moyens matériels, moyens financiers)

- Afin de prévenir les accidents domestiques, quels risques ont été identifiés au niveau de l'aménagement spatial (pour l'entrée, le salon, la cuisine, les escaliers, les chambres, les toilettes, la salle de bain, le jardin) ? Quels aménagements sont à prévoir au niveau de l'éclairage, des interrupteurs, des escaliers, de l'agencement de la pièce, etc. ?
- Comment le professionnel prend en compte les plaintes de l'usager liées à une douleur ?
- Comment est évalué le risque de chute lors de l'élaboration et la réévaluation du projet personnalisé de l'usager ? Comment les chutes sont-elles prises en compte par le service ? Comment les professionnels sont-ils sensibilisés à la prévention des risques de chutes ? Quels moyens sont mis à leur disposition pour repérer les troubles de l'équilibre, les vertiges ?
- Quelle est la disponibilité du personnel pour accompagner les déplacements si besoin ?
  - Comment les professionnels sont-ils formés aux dépistages des troubles de l'humeur ? Des troubles du comportement ? À leur prise en charge ? Comment le service prend en compte les troubles du comportement dans le projet personnalisé/projet d'intervention ?
  - Comment le service prévient les risques de troubles alimentaires ? Comment le service prévient les risques de déshydratation ?
  - Comment le service prévient les risques de fausses routes chez l'usager ?
  - Comment est évalué et pris en compte le risque d'incontinence dans le projet personnalisé de l'usager ? Comment les professionnels sont sensibilisés aux risques d'incontinence de l'usager ? De constipation de l'usager ?
  - Comment la capacité de discernement de la personne est-elle évaluée ? Par qui ? À quelle fréquence ?
  - Comment est évalué le risque d'escarres ? Comment le service s'organise pour prévenir les escarres chez les usagers à risque ?
- Quels risques sont identifiés au niveau relationnel (avec les enfants, le conjoint, les proches, les professionnels, etc.) ? Comment ? Quand ? Par qui ?
- Quels risques sont identifiés au niveau comportemental (conduites à risque, addictions alcool, drogues, etc.) ? Comment ? Quand ? Par qui ?
- Comment la variation des critères (liés au poids, à l'humeur, au comportement, etc.) est-elle prise en compte ?
- …/…

Les actions observées

- Quel est le nombre de téléalarmes installées chez les usagers du service ?
- Combien de transmissions relatives à une chute ont été faites au service ?
  - Combien d'aménagements du domicile ont-ils été proposés ? Suivis ? Combien d'usagers ayant des risques de chutes ont eu une proposition de leur aménagement du domicile ?
  - Quel est le nombre de personnel formé à l'évaluation de la douleur ?
- …/…

Les effets constatés pour les usagers	➤ Combien de fois les intervenants ont-ils trouvé un usager par terre? Nombre de chutes recensées sans aménagement du domicile ? Nombre de chutes recensées avec aménagement du domicile ? ➤ Quel est le nombre d'usagers se disant non ou mal soulagés lors de la dernière enquête de satisfaction ? ➤ Quel est le nombre d'usagers satisfaits de la qualité des repas ? Nombre d'usagers dont le poids a fortement varié (en perte ou en augmentation) ? ➤ Combien de fois l'avis des familles sur l'accompagnement de leur parent déprimé ou ayant des troubles du comportement a été pris en compte ? Quel est leur avis ? ➤ …/…

3. L'analyse des constats

L'analyse a pour but de comprendre, d'interpréter les constats faits, d'élaborer le plan d'amélioration et de mobiliser les différents acteurs sur les enjeux des changements à conduire.

Sur quoi porte l'analyse au minimum ?	➤ **L'identification des écarts :** – entre les objectifs et les effets constatés : par exemple, la proportion des usagers satisfaits des repas préparés par les professionnels. – entre les actions prévues et les pratiques observées : par exemple, des aménagements ont été proposés à l'usager, et acceptés par ce dernier, sur les 12 derniers mois, mais rien n'a été fait par le service. – entre les pratiques recommandées et les pratiques observées : par exemple, n'avoir aucune procédure d'alerte en cas de risque répété (perte de poids importante, nombre de chutes, etc.). – entre les pratiques observées à un temps x et un temps y ou entre les effets constatés à un temps x et un temps y : par exemple, le nombre de professionnels formés à la prise en charge des troubles de l'humeur et du comportement. ➤ **La recherche des éléments d'explication des écarts identifiés en se demandant s'ils sont liés :** – à une définition incomplète des actions à mettre en place ? – aux outils de recueil utilisés, à l'organisation du travail, au passage de l'information entre professionnels ? – aux moyens mobilisés en personnel (qualification et nombre de professionnels présents) ? – à la formation des professionnels ? – à l'évolution de la population accompagnée ? – à d'autres facteurs explicatifs… ?
Sur quoi débouche cette analyse ?	**Cette analyse permet l'identification :** – des points forts sur lesquels s'appuyer afin de les pérenniser ; – des points sur lesquels un changement doit être conduit. La conduite du changement passe par l'élaboration d'axes d'amélioration avec une liste et un calendrier des actions à mener ainsi que des critères permettant de les suivre.

4. Le suivi

Une fois le thème évalué, le suivi porte sur l'indicateur de suivi : *quelle est sa valeur ? Comment l'interpréter et l'analyser ? Quelles conséquences sur les actions à mettre en place ?*

Si le thème a donné lieu à un plan d'amélioration, le suivi porte également sur son état de réalisation : *où en sommes-nous ? Quelles sont les nouvelles actions mises en place ? Les difficultés rencontrées ? Les adaptations nécessaires ?*

Exemples d'indicateurs de suivi afin d'interroger les effets des actions pour les usagers

Le service choisit de renseigner un ou plusieurs indicateurs qu'il suivra régulièrement. Il suit également les actions du plan d'amélioration sur cette thématique chaque année.

Les indicateurs proposés ci-dessous sont des exemples qui peuvent être modifiés, remplacés ou complétés par d'autres indicateurs :

10 - Taux de satisfaction relatif à l'aménagement du domicile

Numérateur : Nombre d'usagers satisfaits de l'aménagement de leur domicile à la suite d'une proposition du service au cours des 12 derniers mois

———————————— x100

Dénominateur : Nombre d'usagers ayant eu une proposition d'aménagement par le service au cours des 12 derniers mois

11 - Taux d'escarres

Numérateur : Nombre d'usagers ayant acquis une escarre au cours des 12 derniers mois

———————————— x100

Dénominateur : Nombre d'usagers inclus dans l'enquête

Suivi du plan d'amélioration

- état d'avancement des améliorations décidées ;
- analyse des causes d'un éventuel retard : disponibilité des moyens matériels et humains, changement de contexte, événements intercurrents, autres… ;
- selon le calendrier défini dans le plan d'amélioration, suivi des indicateurs choisis, ciblés sur les actions d'amélioration programmées ;
- analyse croisée de ces données pour éventuelle adaptation du plan d'amélioration.

Thème 3. Les risques professionnels

1. Cadre évaluatif

Au regard des missions qui nous sont conférées par les textes, de nos valeurs et des caractéristiques de la population accompagnée, quels sont nos objectifs ? Qu'avions-nous prévu de faire pour les atteindre ? Quels effets en attendait-on pour les usagers ?

OBJECTIFS

- Prévenir les risques relatifs aux contraintes techniques, organisationnelles et à l'isolement du travail.
- Prévenir les risques relatifs au stress, aux pressions psychologiques.
- Prévenir les risques de violence verbale, d'agressivité.
- Prévenir les risques relatifs aux risques routiers.
- Prévenir les risques relatifs aux risques physiques.
- Prévenir les risques relatifs aux risques biologiques (contagion, maladies de peau, parasites, etc.).
- Prévenir les risques liés à l'environnement de l'activité (chimique, électrique, brûlure thermique, environnement extérieur, etc.).

Spécificité de ce thème : *Les risques professionnels ont bien évidement un effet sur les professionnels. Cependant il s'agit, ici, de prolonger le questionnement en observant quels sont leurs effets pour les usagers. Par exemple, un professionnel en surcharge de travail pourra montrer des signes de fatigue et de dépression. Cet état est susceptible de dégrader la qualité de la relation avec l'usager.*

Références :

- Article R4121-1 du Code du travail.
- L4121-2, du Code du travail (obligation pour l'employeur de respecter neuf principes au titre de la prévention).
- L4121-3, du Code du travail (obligation pour l'employeur de créer et tenir une fiche d'exposition au risque pour chaque salarié concerné par un ou plusieurs facteurs de risque).
- L4121-5, du Code du travail (obligation pour l'employeur de coopérer avec les employeurs des autres salariés présents sur le même site).
- L138-26 à L138-37 du Code du travail (obligation pour l'employeur de conclure un accord sur la prévention de la pénibilité).
- Décret n° 2008-1347 du 17 décembre 2008 relatif à l'information et à la formation des travailleurs sur les risques pour leur santé et leur sécurité.

Exemples d'actions à mettre en place

- Rechercher les meilleures organisations de plannings possibles pour respecter au mieux les besoins et les attentes des usagers.
- Définir un référent que l'intervenant peut contacter en cas de difficulté.
- Fournir des équipements de protection individuelle aux professionnels.
- Veiller à mettre en place, au domicile, le matériel et les aides techniques nécessaires pour prévenir les risques professionnels et assurer une intervention sécurisante pour les usagers.
- Le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) est mis à jour tous les ans.
- Développer des formations de prévention des risques en fonction du plan d'action identifié par le DUERP (Sauveteur Secouriste du Travail, Prévention des Risques liés aux Activités Physiques, Certificat de Prévention Sécurité, etc.)
- …/…

Recommandations de bonnes pratiques professionnelles :

- *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*. Anesm, juillet 2008 ;
- *Mission du responsable de service et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance à domicile*. Anesm, septembre 2009 ;
- *Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées*. Anesm, juillet 2008 ;
- *Aide et soin à domicile. Prévention des risques professionnels*. Assurance maladie, Mission nationale de la prévention des risques dans les métiers de l'aide et du soin à domicile, septembre 2008 ;
- *Guide de bonnes pratiques face aux risques professionnels dans les services à la personne.* Arvise-Aract Réunion (Agence Régionale à l'Amélioration des Conditions de Travail), CAPS réunion (Cellule Académique de Prévention et de Sécurité du Rectorat de la Réunion), Service de prévention de Sistbi (Service Interentreprises de Santé au Travail du Bâtiment et Interprofessionnel), 2009 ;
- *Guide des pratiques de prévention des risques professionnels*. CIDES, avril2009 ;
- *L'évaluation des risques dans l'aide et les soins à domicile.* Guide méthodologique pour la rédaction du document unique d'évaluation des risques professionnels. CIDES, mars 2009 ;
- Grille de repérage de la Mission nationale de prévention des risques professionnels dans les métiers de l'aide et du soin à domicile, mai 2010 ;
- Guide pour l'évaluation des risques professionnels. Services à la personne. ACMS, 2011.

2. Le recueil d'informations

Comment nous sommes-nous organisés ? Que faisons-nous effectivement ? Comment nous assurons-nous auprès des usagers d'avoir mesuré les effets attendus ? Les éventuels effets inattendus ?

Les dispositions mises en place

(procédures, moyens humains, moyens matériels, moyens financiers)

- Comment le Document Unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) est-il élaboré ? Quels sont les risques principaux qui y sont répertoriés ? Comment ont-ils été évalués ? Par qui ? Quelles sont les actions de prévention définies par le DUERP ?
- Comment les interventions sont-elles suivies ? Comment les tâches sont-elles définies ? Comment est formalisée et transmise la fiche d'exposition aux risques du salarié ?
- Comment la prévention des risques professionnels est-elle déclinée dans le projet de service ? Présentée aux nouveaux professionnels ? Aux usagers et à leurs proches ?
- Au niveau des risques organisationnels : comment le temps des trajets et les moyens de transports sont-ils pris en compte ? Le temps du repas ? Les horaires d'intervention (nuit, week-end, etc.) ? Le temps d'intervention nécessaire en fonction des usagers ? Quelle est la procédure en cas d'urgence (numéros d'urgence, coordonnées des organismes à contacter, conduite à tenir en cas d'incendie, etc.) ? Comment est-elle connue des professionnels ? Etc.
- Au niveau des risques routiers : Comment les salariés sont-ils sensibilisés aux risques en voiture (somnolence, téléphone portable, etc.) ? Etc.
- Au niveau des risques de violence : Quel dispositif de prévention, de gestion et d'analyse de situations est prévu en cas de violence de l'usager et/ou des aidants familiaux sur le professionnel ? Etc.
- Au niveau des risques physiques : Quels sont les équipements de protection mis à disposition des professionnels (masques, gants, lunettes, tenues de travail, etc.) ? Comment le personnel est-il formé/sensibilisé à leur usage ? Etc.
- Au niveau des risques psychosociaux : Comment les professionnels sont ils formés à la gestion du stress ? Quel soutien psychologique est prévu pour l'accompagnement en fin de vie ? Comment la direction valorise-t-elle l'expérience professionnelle ? Est attentif aux difficultés d'isolement ? Prévoit du temps pour les transmissions d'information ? Etc.
- Au niveau des risques biologiques : Comment les professionnels sont-ils informés des modes de contaminations pour une infection, une maladie contagieuse, des risques d'accident avec exposition au sang ? Comment sont ils formés aux mesures d'hygiène ? Etc.
- Au niveau des risques liés à l'environnement de l'activité : Quels sont les produits chimiques avec lesquels les professionnels sont en contact ? Comment les professionnels sont-ils sensibilisés aux risques chimiques ? Comment sont-ils formés à la lecture des étiquettes et des pictogrammes symbolisant le « danger » ? Quelles sont les procédures en cas de brûlure, d'accident électrique, d'incendie, de blessure, de projection d'un produit chimique dans les yeux, d'Accidents d'Exposition au Sang (AES), etc. ? Sont-elles transmises aux salariés ? Etc.
- .../...

Les actions observées	➤ Combien de réunions de Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) ont eu lieu dans les 12 derniers mois (pour les services qui sont tenus d'en mettre un en place, il doit l'être au moins une fois par trimestre) ? Quelles autres instances existent pour échanger sur les risques professionnels (réunions de délégués du personnel ? Etc.) ? Quelles actions ont été mises en place à la suite de ces instances ? ➤ Quel est le nombre de réunions ayant eu lieu dans les 12 mois précédents permettant aux professionnels de réfléchir sur les risques professionnels ? Quels sont les sujets abordés ? Combien de professionnels y ont participé ? Y a-t-il eu des échanges ? Ont-ils été diffusés ? Quelles nouvelles procédures ont été mises en place à la suite de ces réunions ? ➤ Quelle est la date de la dernière mise à jour du DUERP ? Quelle est l'évolution du nombre d'accidents du travail ou de trajet des professionnels ? ➤ Combien de salariés se déplacent en voiture ? En deux roues ? À pied ? En transport en commun ? Sur les 12 derniers mois, combien d'accidents liés au déplacement professionnel ont été enregistrés par le service ? Les causes de l'accident du travail sont-elles identifiées ? Pour les voitures de service, y a-t-il un état des lieux, des équipements de pneus hiver, un suivi de l'entretien, etc. ? ➤ Combien d'interventions ont demandé la présence de deux professionnels ? Combien d'interventions ont effectivement été réalisées à deux ? ➤ Combien de professionnels utilisent des produits chimiques ? À quelle fréquence ? Combien de professionnels se sont plaints d'être gênés lors de l'utilisation d'un produit d'entretien ? ➤ Combien de professionnels ont suivi la formation Sauveteur Secouriste du Travail ? Sur la Prévention des Risques liés aux Activités Physiques ? Délivrant le Certificat de Prévention Sécurité ? Etc. ➤ .../...
Les effets constatés pour les usagers	➤ Nombre de plaintes enregistrées liées au comportement d'un intervenant ? Nombre de fois où elles ont été traitées ? Nombre d'usagers satisfaits de ce traitement de la plainte ? Qui apprécie cette satisfaction ? ➤ Nombre de plaintes enregistrées liées au retard répété d'un intervenant ? Nombre de fois où elles ont été traitées ? Nombre d'usagers satisfaits de ce traitement de la plainte ? ➤ Combien de situations à risque pour les professionnels ont occasionné une situation de maltraitance au cours des 12 derniers mois ? Quel risque professionnel ? Quelle situation de maltraitance ? ➤ Nombre d'interventions n'ayant pas eu lieu ou ayant été interrompues à cause d'un accident de travail ou de trajet de l'intervenant ? Evolution de ce nombre de ruptures d'intervention sur les 12 derniers mois ? ➤ .../...

3. L'analyse des constats

L'analyse a pour but de comprendre, d'interpréter les constats faits, d'élaborer le plan d'amélioration et de mobiliser les différents acteurs sur les enjeux des changements à conduire.

Sur quoi porte l'analyse au minimum ?	➤ **L'identification des écarts :** – entre les objectifs et les effets constatés : *par exemple, une fatigue professionnelle ayant pour conséquence des interventions de moins bonne qualité pour les usagers.* – entre les actions prévues et les pratiques observées : *par exemple, le nombre de professionnels n'utilisant pas le matériel de protection.* – entre les pratiques recommandées et les pratiques observées : *par exemple l'absence d'un référent professionnel.* – entre les pratiques observées à un temps x et un temps y ou entre les effets constatés à un temps x et un temps y : *par exemple sur le nombre de réclamations relatives à la ponctualité des intervenants.* ➤ **La recherche des éléments d'explication des écarts identifiés en se demandant s'ils sont liés :** – à une définition incomplète des actions à mettre en place ? – aux outils de recueil utilisés, à l'organisation du travail, au passage de l'information entre professionnels ? – aux moyens mobilisés en personnel (qualification et nombre de professionnels présents) ? – à la formation des professionnels ? – à l'évolution de la population accompagnée ? – à d'autres facteurs explicatifs… ?
Sur quoi débouche cette analyse ?	**Cette analyse permet l'identification :** – des points forts sur lesquels s'appuyer afin de les pérenniser ; – des points sur lesquels un changement doit être conduit. La conduite du changement passe par l'élaboration d'axes d'amélioration avec une liste et un calendrier des actions à mener ainsi que des critères permettant de les suivre.

4. Le suivi

Une fois le thème évalué, le suivi porte sur l'indicateur de suivi : *quelle est sa valeur ? Comment l'interpréter et l'analyser ? Quelles conséquences sur les actions à mettre en place ?*

Si le thème a donné lieu à un plan d'amélioration, le suivi porte également sur son état de réalisation : *où en sommes-nous ? Quelles sont les nouvelles actions mises en place ? Les difficultés rencontrées ? Les adaptations nécessaires ?*

Exemples d'indicateurs de suivi afin d'interroger les effets des actions pour les usagers

Le service choisit de renseigner un ou plusieurs indicateurs qu'il suivra régulièrement. Il suit également les actions du plan d'amélioration sur cette thématique chaque année.

Les indicateurs proposés ci-dessous sont des exemples qui peuvent être modifiés, remplacés ou complétés par d'autres indicateurs :

12 - Taux d'accidents du travail avec arrêt

Numérateur : Nombre d'accidents du travail avec arrêt au cours des 12 derniers mois

x100

Dénominateur : Nombre de professionnels présents ces 12 derniers mois

13 - Taux de ruptures d'interventions

Numérateur : Nombre de ruptures d'interventions liées à une absence pour accident du travail au cours des 12 derniers mois

x100

Dénominateur : Nombre d'accidents du travail au cours des 12 derniers mois

Suivi du plan d'amélioration

Le service suit également les actions du plan d'amélioration sur cette thématique chaque année.

- état d'avancement des améliorations décidées ;
- analyse des causes d'un éventuel retard : disponibilité des moyens matériels et humains, changement de contexte, événements intercurrents, autres… ;
- selon le calendrier défini dans le plan d'amélioration, suivi des indicateurs choisis, ciblés sur les actions d'amélioration programmées ;
- analyse croisée de ces données pour éventuelle adaptation du plan d'amélioration.

Synthèse de l'axe sur la prévention des risques

Trois thèmes à évaluer :

- La maltraitance ;
- Les risques inhérents à la situation de vulnérabilité des personnes ;
- Les risques professionnels.

Cadre évaluatif (la théorie)

Les objectifs (effets attendus pour les usagers) sont :

- prévenir les risques de maltraitances (physiques, psychiques, matérielles, médicales, actives, passives, violation des droits) ;
- prévenir les risques inhérents à la situation de vulnérabilité des personnes (chutes, troubles alimentaires, déglutition, postures, isolement, dépression, suicide, douleur, troubles de l'humeur et du comportement) ;
- prévenir les risques professionnels (pression psychologique, risques routiers, physiques, biologiques, environnement de l'activité, liées aux contraintes techniques et organisationnelles).

Les modes d'organisation et les actions prévues pour atteindre les objectifs sont définis par le service à partir, entre autres, des recommandations.

Analyse des écarts

Recueil d'informations (l'existant)

Synthèse du questionnement pour connaître les dispositions mises en place :

- Comment le service s'organise pour prévenir les risques de violences physiques/psychiques ? Violences matérielles ? Violences médicales ? Négligences actives ? Négligences passives ? Violation des droits ?
- Comment le service s'organise pour prévenir les risques liés aux chutes ? Aux troubles alimentaires ? Aux fausses routes ? Aux escarres ? À l'isolement et aux dépressions ? À la douleur ? Aux dépistages et à la prise en charge des troubles de l'humeur et du comportement ?
- Comment le service s'organise pour prévenir les risques professionnels routiers ? Physiques ? Biologiques ? Relatifs à l'environnement de l'activité ? Aux contraintes techniques et organisationnelles ? Au stress, aux pressions psychologiques ? À la violence verbale ?
- Quand ces actions sont mises en place ?
- Par qui et avec qui sont-elles mises en place ?
- .../...

Synthèse du questionnement pour observer les pratiques :

- Quelles sont les pratiques réellement mises en place pour prévenir les risques de violences physiques/psychiques ? Violences matérielles ? Financières ? Médicales ? Négligences actives ? Passives ? Violation des droits ?
- Quelles sont les pratiques réellement mises en place pour prévenir les risques liés aux chutes ? Aux troubles alimentaires ? Aux fausses routes ? Aux escarres ? À l'isolement et aux dépressions ? À la douleur ? Aux dépistages et à la prise en charge des troubles de l'humeur et du comportement ?
- Quelles sont les pratiques réellement mises en place pour prévenir les risques professionnels routiers ? Physiques ? Biologiques ? Relatifs à l'environnement de l'activité ? Aux contraintes techniques et organisationnelles ? Au stress, aux pressions psychologiques? A la violence verbale ?
- Combien de fois ces pratiques ont été mises en place ?
- .../...

Synthèse du questionnement pour les effets constatés pour les usagers :

- Quel est le nombre de plaintes traitées liées au comportement d'un intervenant ? Quel est le nombre d'usagers satisfaits de ce traitement ?
- Combien de situations de maltraitance pour les usagers ont été identifiées sur les 12 derniers mois ?
- Combien de fois les intervenants ont-ils trouvé un usager par terre ? Nombre de chutes recensées sans aménagement du domicile ? Avec aménagement du domicile ?
- .../...

Suivi de l'évaluation

Axe 3

La promotion de l'autonomie et de la qualité de vie

Le respect de la qualité de vie à domicile consiste à reconnaître les normes et les valeurs personnelles de l'usager, mais également à prendre en considération le contexte social et familial dans lequel il vit, ses aspirations, ses contraintes du quotidien, ses possibilités d'action et ses inquiétudes.

La qualité de vie recouvre quatre dimensions.

- le bien-être physique : la santé, la capacité de mobilité, le type de handicap, les activités au quotidien, etc.
- le bien-être environnemental : le logement et son adaptation, les conditions de vie matérielle, l'accessibilité des services, etc.
- Le bien-être social : la vie de famille, l'éducation, le travail, les loisirs, la culture, etc.
- Le bien-être psychique : l'estime de soi, la sérénité, l'affectivité, l'équilibre émotionnel, etc.

Cette notion s'articule avec celle de l'autonomie qui repose sur la capacité à « agir soi-même » : réaliser des actes de la vie quotidienne, décider, s'exprimer et être en relation avec les autres. Cette capacité sous-entend que l'usager sait faire la tâche, mais également qu'il veut la faire et peut la faire.

Promouvoir l'autonomie revient à aider l'usager à :

- définir ce qu'il souhaite, prendre des décisions, accepter les prescriptions et les objectifs déterminés par lui et le service.
- connaître ses possibilités, identifier ses incapacités (ses limites ponctuelles ou plus durables), repérer ses ressources ou celles de son environnement (familial, social, médico-social, etc.).
- assimiler les règles sociales et les normes qui prescrivent, autorisent ou interdisent ces actions et la manière de les faire.

Quatre thèmes à évaluer :

- **Le respect des habitudes de vie (dans les limites du cadre d'intervention du service et de la mise en danger des personnes)**
- **L'autonomie décisionnelle et fonctionnelle de la personne**
- **La participation sociale et/ou professionnelle et les liens avec l'entourage (famille, voisins, espace public, etc.)**
- **La relation entre les professionnels et les usagers**

Thème 1. Le respect des habitudes de vie

1. Cadre évaluatif

Au regard des missions qui nous sont conférées par les textes, de nos valeurs et des caractéristiques de la population accompagnée, quels sont nos objectifs ? Qu'avions-nous prévu de faire pour les atteindre ? Quels effets en attendait-on pour les usagers ?

OBJECTIFS	➤ Prendre en compte les besoins et les attentes de chaque usager. ➤ Garantir le droit à la participation directe de l'usager ou avec l'aide de son représentant légal à la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du projet d'accompagnement qui le concerne (en relation avec l'axe 1). ➤ Offrir à l'usager (pour les services qui proposent des activités), la possibilité de choisir des activités correspondant à ses attentes dans le cadre de la vie quotidienne et sociale. **Références :** • *Art. L311-3 du Code de l'action sociale et des familles.* • *Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie, mentionnée à l'article L311-4 du Code de l'action sociale et des familles.*
Exemples d'actions à mettre en place	➤ Évaluer les besoins individuels de chaque usager et préciser les outils utilisés. ➤ Recueillir les attentes de chaque usager. ➤ Identifier les habitudes de vie, recueillir et partager cette information. ➤ Élaborer en équipe pluridisciplinaire chaque projet personnalisé en fonction des besoins évalués et des attentes recueillies. ➤ Recueillir l'avis de la personne (et/ou son représentant légal) sur les actions proposées du projet personnalisé et sur leur mise en œuvre. ➤ Évaluer en équipe pluridisciplinaire le projet personnalisé avec l'usager (et/ou son représentant légal), ou le projet d'intervention avec les familles, et préciser les délais de réévaluation/actualisation. ➤ …/… **Recommandations de bonnes pratiques professionnelles :** • *Les attentes de la personne et le projet personnalisé*. Anesm, décembre 2008.

2. Le recueil d'informations

Comment nous sommes-nous organisés ? Que faisons-nous effectivement ? Comment nous assurons-nous auprès des usagers d'avoir mesuré les effets attendus ? Les éventuels effets inattendus ?

Les dispositions mises en place

(procédures, moyens humains, moyens matériels, moyens financiers)

- Comment ces objectifs sont-ils déclinés dans le projet de service ? Présentés aux nouveaux professionnels ? Aux usagers et à leurs proches ?
- Quels outils sont utilisés pour recueillir les besoins et les attentes des usagers ? Les personnels les connaissent-ils ? Quand et comment sont recueillis les besoins et les attentes des usagers ? Dans tous les volets de l'accompagnement ? Quelles sont les modalités particulières pour les personnes qui ont des difficultés d'expression ? Quels sont les besoins et attentes qui ne sont pas pris en compte ?
- Comment le service vérifie que les attentes de la personne ne sont pas susceptibles de conduire l'usager dans une situation de danger ou de maltraitance ? Que fait le service en cas de mise en danger ?
- Comment sont reformulés, explicités aux usagers les objectifs fixés dans le plan d'aide, le projet d'intervention, le projet de soins ?
- Comment le service respecte le plan d'aide déterminé par une autorité locale au regard des attentes et des besoins de l'usager ? Comment sont identifiés les écarts ? Comment le plan d'aide est il appliqué concrètement ?
- Comment les habitudes de vie (goût alimentaire, ordre des tâches ménagères, heure de coucher, etc.) sont-elles repérées et formalisées dans l'évaluation des besoins et des attentes des usagers ? Comment sont-elles formalisées, intégrées dans le projet personnalisé/le projet d'intervention ? Dans le projet de soins lorsque celui-ci existe ? Par qui ? Sont-elles connues des professionnels ?
- Comment l'histoire passée de la personne et la vie familiale sont-elles prises en compte ? Comment les intervenants sont-ils affectés à un usager au regard de ses particularités et de ses caractéristiques ?
- Comment le service offre-t-il un accueil personnalisé aux usagers ?
- Comment le service évalue-t-il et réévalue-t-il la pertinence des projets personnalisés, du projet d'intervention ?
- Comment l'organisation du travail s'ajuste-t-elle aux rythmes de vie des usagers ? Comment les plages horaires sont-elles communiquées aux usagers ? Respectées des professionnels ? Comment les horaires sont-ils ajustés aux besoins et aux attentes des usagers ? Quand l'activité du service le permet, comment l'usager est associé à l'élaboration du planning d'intervention ? Quelle est l'amplitude des plages horaires du lever, de la toilette, des repas, de la fermeture des volets, du coucher ?
- Comment la liste des matériaux, des aides techniques, des produits nécessaires à de bonnes conditions de travail (aspirateur, produits ménagers, matériel paramédical, etc.) est-elle communiquée aux usagers ? Comment est-elle formalisée dans le règlement de fonctionnement ? À l'aide de quel support ? À quelle occasion ? Cette liste est-elle réactualisée ? Est-elle adaptée pour chaque usager ou commune à l'ensemble des interventions ?
- Si la mise en place des aides techniques s'avère nécessaire, mais que l'usager refuse cette aide, quelles procédures sont mises en place pour le convaincre (famille, médecin traitant, médecine du travail, …) ?
- Comment les aménagements nécessaires au domicile pour garantir de bonnes conditions de travail sont-ils négociés avec l'usager ? Dans quelles conditions ?
- Pour les services qui proposent des activités, comment, quand, par qui sont recueillis les souhaits d'activités individuelles et collectives ? Comment les activités collectives existantes sont-elles présentées aux usagers ? Quand ? Comment sont-ils incités à y participer ? Comment la pertinence de ces activités pour les usagers est-elle évaluée en lien avec les objectifs de son projet personnalisé ?
- …/…

Les actions observées

- Combien de professionnels respectent les habitudes de vie qui ont été formalisées ?
- Quel est le nombre de réunions ayant eu lieu dans les 12 mois précédents sur des questions d'organisation des horaires et de qualité des interventions ? Quels sont les sujets abordés ? Combien de professionnels y ont participé ? Y a-t-il eu des échanges ? Ont-ils été diffusés ?
- Quelle est la périodicité des réunions d'équipe sur les projets personnalisés des usagers ?
- Combien de projets personnalisés (ou projet d'intervention) portent sur l'ensemble des volets de l'accompagnement (vie quotidienne, soins, vie sociale, vie familiale, vie relationnelle, autres..) ? Combien de projets ont-ils été réévalués au cours des 12 mois précédents ? Quel est le nombre de projets personnalisés existants au jour de l'évaluation ?
- …/…

Les effets constatés pour les usagers

- Combien d'usagers connaissent avec certitude les horaires d'intervention en raison de leur régularité ? Comment sont-ils informés des changements ?
- Combien d'usagers ont effectivement donné leur avis sur le projet élaboré ? Pour combien d'usagers l'avis du représentant légal a été sollicité ? Combien ont signé le contrat d'intervention ?
- Pour les services qui proposent des activités, combien d'usagers ne participent à aucune activité individuelle ou collective du service ? Est-ce un choix de ces usagers ? Quel est le taux de participation/activité ?
- Selon les usagers eux-mêmes, les proches, les professionnels du service, les autres professionnels intervenant au domicile : L'intervention a-t-elle modifiée les habitudes de vie des usagers ? Lesquelles ? Les usagers et les proches sont-ils satisfaits de l'intervention ?
- …/…

3. L'analyse des constats

L'analyse a pour but de comprendre, d'interpréter les constats faits, d'élaborer le plan d'amélioration et de mobiliser les différents acteurs sur les enjeux des changements à conduire.

Sur quoi porte l'analyse au minimum ?

- **L'identification des écarts :**
  - entre les objectifs et les effets constatés : *par exemple, 100 % des usagers ont un projet personnalisé mais seulement 20 % a donné son avis sur le projet élaboré.*
  - entre les actions prévues et les pratiques observées : *par exemple, les prestations mises en œuvre ne correspondent pas au plan d'aide.*
  - entre les pratiques recommandées et les pratiques observées : *par exemple, le niveau de participation de l'usager, en fonction de ses capacités, même s'il a des troubles cognitifs.*
  - entre les pratiques observées à un temps x et un temps y ou entre les effets constatés à un temps x et un temps y : *par exemple, le taux de projets personnalisés (plan d'aide, plan de soins) réévalués annuellement.*
- **La recherche des éléments d'explication des écarts identifiés en se demandant s'ils sont liés :**
  - à une définition incomplète des actions à mettre en place ?
  - aux outils de recueil utilisés, à l'organisation du travail, au passage de l'information entre professionnels ?
  - aux moyens mobilisés en personnel (qualification et nombre de professionnels présents) ?
  - à la formation des professionnels ?
  - à l'évolution de la population accompagnée ?
  - à d'autres facteurs explicatifs… ?

Sur quoi débouche cette analyse ?

Cette analyse permet l'identification :

- des points forts sur lesquels s'appuyer afin de les pérenniser ;
- des points sur lesquels un changement doit être conduit.

La conduite du changement passe par l'élaboration d'axes d'amélioration avec une liste et un calendrier des actions à mener ainsi que des critères permettant de les suivre.

4. Le suivi

Une fois le thème évalué, le suivi porte sur l'indicateur de suivi : *quelle est sa valeur ? Comment l'interpréter et l'analyser ? Quelles conséquences sur les actions à mettre en place ?*

Si le thème a donné lieu à un plan d'amélioration, le suivi porte également sur son état de réalisation : *où en sommes-nous ? Quelles sont les nouvelles actions mises en place ? Les difficultés rencontrées ? Les adaptations nécessaires ?*

Exemples d'indicateurs de suivi afin d'interroger les effets des actions pour les usagers

Le service choisit de renseigner un ou plusieurs indicateurs qu'il suivra régulièrement. Il suit également les actions du plan d'amélioration sur cette thématique chaque année.

Les indicateurs proposés ci-dessous sont des exemples qui peuvent être modifiés, remplacés ou complétés par d'autres indicateurs :

14 - Taux de recueil des habitudes de vie

Numérateur : Nombre de dossiers créés au cours des 15 derniers mois et d'au moins 3 mois où le recueil des habitudes de vie est réalisé

——— x100

Dénominateur : Nombre de dossiers créés au cours des 15 derniers mois et d'au moins 3 mois

15 - Taux de satisfaction relatif au respect des habitudes de vie

Numérateur : Nombre d'usagers déclarant leurs habitudes de vie respectées

——— x100

Dénominateur : Nombre d'usagers ayant répondu à la dernière enquête de satisfaction

Suivi du plan d'amélioration

Le service suit également les actions du plan d'amélioration sur cette thématique chaque année.

- état d'avancement des améliorations décidées ;
- analyse des causes d'un éventuel retard : disponibilité des moyens matériels et humains, changement de contexte, événements intercurrents, autres…
- selon le calendrier défini dans le plan d'amélioration, suivi des indicateurs choisis, ciblés sur les actions d'amélioration programmées ;
- analyse croisée de ces données pour éventuelle adaptation du plan d'amélioration.

Thème 2. L'autonomie décisionnelle et fonctionnelle de la personne

1. Cadre évaluatif

Au regard des missions qui nous sont conférées par les textes, de nos valeurs et des caractéristiques de la population accompagnée, quels sont nos objectifs ? Qu'avions-nous prévu de faire pour les atteindre ? Quels effets en attendait-on pour les usagers ?

OBJECTIFS	➤ Maintenir les capacités dans les actes de la vie quotidienne. ➤ Favoriser l'autonomie dans les déplacements, la toilette, l'alimentation et la continence. ➤ Accompagner la situation de handicap. ➤ Aider la personne dans la prise de décision et lui permettre de faire des choix.
	Références : • Art. L311-1 Code de l'action sociale et des familles. • Art. L311-3 Code de l'action sociale et des familles. • Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. • Les articles 414 et suivants du Code civil relatifs à la protection juridique des majeurs.
Exemples d'actions à mettre en place	➤ Utiliser des pictogrammes et des calendriers muraux pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées. ➤ Éviter de faire systématiquement à la place de l'usager. ➤ Personnaliser l'aide à apporter en fonction des habitudes, des besoins et des capacités de chaque usager. ➤ Évaluer systématiquement à l'admission les capacités pour les actes de la vie quotidienne avec un outil adapté. ➤ .../...
	Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : • *Les attentes de la personne et le projet personnalisé*. Anesm, décembre 2008 ; • *La Bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*. Anesm, juillet 2008.

2. Le recueil d'informations

Comment nous sommes-nous organisés ? Que faisons-nous effectivement ? Comment nous assurons-nous auprès des usagers d'avoir mesuré les effets attendus ? Les éventuels effets inattendus ?

Les dispositions mises en place (procédures, moyens humains, moyens matériels, moyens financiers)	➤ Qu'est il prévu pour former/sensibiliser les professionnels aux actions permettant de restaurer, développer ou maintenir les « savoir-faire » des usagers ? ➤ Comment est assurée la formation des professionnels sur la relation d'aide ? ➤ Comment les aidants sont-ils intégrés au maintien de l'autonomie des usagers ? Comment sont-ils sensibilisés aux techniques permettant de maintenir l'autonomie ou de compenser la situation de dépendance ou de handicap des usagers ? ➤ Comment la situation de l'usager est évaluée ? Quel outil ? Par qui ? Quand ? Comment ? ➤ Comment l'état général des usagers est-il apprécié ? À quel moment ? Quand est-il réévalué ? Par qui ? ➤ Comment la capacité d'une personne à exercer ses droits et obligations est appréciée par les professionnels ? En cas d'évolution des capacités juridiques, quelles sont les procédures à suivre (signalement, saisine, main levée, etc.) ? ➤ Comment les activités (en lien avec l'intervention) pouvant être effectuées par l'usager sont-elles connues des professionnels ? Comment sont-elles valorisées par les professionnels ? Par l'entourage ? ➤ Quelle est la disponibilité du personnel pour accompagner les déplacements si besoin ? ➤ Quelle aide au déplacement est prévue ? ➤ .../...
Les actions observées	➤ Si besoin, quelles solutions ou astuces sont proposées aux usagers pour leur permettre de préserver ou de restaurer leur autonomie ? ➤ Si le service organise des activités (SAMSAH, SAVS), combien d'usagers participent à des activités de gymnastique, activités physiques adaptées, rééducation, etc. ? Combien de fois par semaine ? ➤ À quelle heure sont faites les premières toilettes/soins d'hygiène ? Les dernières toilettes/soins d'hygiène ? Comment le choix de l'heure prend en compte les demandes et souhaits des usagers ? ➤ À quelle heure les repas sont accompagnés (matin, midi, soir, collation) ? Comment le choix de l'heure prend en compte les demandes et souhaits des usagers ? ➤ Quelles actions sont mises en place pour restaurer, améliorer, développer ou maintenir les « savoir-faire » des usagers ? Quels sont les modes de coopération possibles pour l'usager ? Comment en est-il informé ? ➤ .../...

Les effets constatés pour les usagers

- Combien d'usagers participent au déroulement de l'action d'accompagnement ?
- Comment les usagers apprécient-ils leur état général ? Leurs capacités d'autonomie ? Quelles sont les évolutions ? Comment les usagers expliquent-ils cette évolution ? Comment les professionnels expliquent-ils cette évolution ?
- Selon les usagers, ont-ils la possibilité d'effectuer des tâches quotidiennes ? Lesquelles ?
- Selon les usagers eux-mêmes, l'entourage, ou éventuellement les partenaires ; les usagers se sont-ils réappropriés des actes de leur vie quotidienne qu'ils ne faisaient plus avant l'intervention du service ?
- Que dit l'entourage de l'usager sur le soulagement et le soutien que lui apporte le service ? L'intervention du service lui offre-t-il des moments de répit ?
- …/…

3. L'analyse des constats

L'analyse a pour but de comprendre, d'interpréter les constats faits, d'élaborer le plan d'amélioration et de mobiliser les différents acteurs sur les enjeux des changements à conduire.

Sur quoi porte l'analyse au minimum ?

- **L'identification des écarts :**
  - entre les objectifs et les effets constatés : *par exemple, parmi les usagers qui pouvaient se nourrir seul il y a 12 mois, 10 % ont besoin d'être aidés aujourd'hui.*
  - entre les actions prévues et les pratiques observées : *par exemple, la situation de l'usager n'est pas réévaluée régulièrement.*
  - entre les pratiques recommandées et les pratiques observées : *par exemple, la réévaluation des capacités dans les actes de la vie quotidienne n'est pas régulière.*
  - entre les pratiques observées à un temps x et un temps y ou entre les effets constatés à un temps x et un temps y : *par exemple, le temps passé à aider à faire la toilette.*
- **La recherche des éléments d'explication des écarts identifiés en se demandant s'ils sont liés :**
  - à une définition incomplète des actions à mettre en place ?
  - aux outils de recueil utilisés, à l'organisation du travail, au passage de l'information entre professionnels ?
  - aux moyens matériels mobilisables (locaux, matériel, véhicule) ?
  - à la formation des professionnels à l'animation de la vie sociale ?
  - à l'évolution de la population accompagnée ? Niveau de dépendance ? Niveau socioculturel en matière de loisirs ?
  - à d'autres facteurs explicatifs… ?

Sur quoi débouche cette analyse ?

Cette analyse permet l'identification :

- des points forts sur lesquels s'appuyer afin de les pérenniser ;
- des points sur lesquels un changement doit être conduit.

La conduite du changement passe par l'élaboration d'axes d'amélioration avec une liste et un calendrier des actions à mener ainsi que des critères permettant de les suivre.

4. Le suivi

Une fois le thème évalué, le suivi porte sur l'indicateur de suivi : *quelle est sa valeur ? Comment l'interpréter et l'analyser ? Quelles conséquences sur les actions à mettre en place ?*

Si le thème a donné lieu à un plan d'amélioration, le suivi porte également sur son état de réalisation : *où en sommes-nous ? Quelles sont les nouvelles actions mises en place ? Les difficultés rencontrées ? Les adaptations nécessaires ?*

Exemples d'indicateurs de suivi afin d'interroger les effets des actions pour les usagers

Le service choisit de renseigner un ou plusieurs indicateurs qu'il suivra régulièrement. Il suit également les actions du plan d'amélioration sur cette thématique chaque année.

L'indicateur proposé ci-dessous est un exemple qui peut-être modifié, remplacé ou complété par un autre indicateur :

16 - Taux de satisfaction relatif au respect de l'autonomie

Numérateur : Nombre d'usagers déclarant que l'intervenant respecte leur autonomie

——————————————— x100

Dénominateur : Nombre d'usagers ayant répondu à la dernière enquête de satisfaction

Suivi du plan d'amélioration

Le service suit également les actions du plan d'amélioration sur cette thématique chaque année.

- état d'avancement des améliorations décidées ;
- analyse des causes d'un éventuel retard : disponibilité des moyens matériels et humains, changement de contexte, événements intercurrents, autres… ;
- selon le calendrier défini dans le plan d'amélioration, suivi des indicateurs choisis, ciblés sur les actions d'amélioration programmées ;
- analyse croisée de ces données pour éventuelle adaptation du plan d'amélioration.

Thème 3. La participation sociale et/ou professionnelle et les liens avec l'entourage

1. Cadre évaluatif

Au regard des missions qui nous sont conférées par les textes, de nos valeurs et des caractéristiques de la population accompagnée, quels sont nos objectifs ? Qu'avions-nous prévu de faire pour les atteindre ? Quels effets en attendait-on pour les usagers ?

OBJECTIFS

- Maintenir, accompagner et favoriser la participation sociale et/ou professionnelle de l'usager.
- Maintenir, accompagner et favoriser l'ensemble des liens familiaux et affectifs de l'usager avec son environnement social.

Références :

- Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.
- Art. L311-3, 3° Code de l'action sociale et des familles.
- Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.
- Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie, mentionnée à l'article L311-4 du Code de l'action sociale et des familles et notamment les articles 4, 6 et 9 de la dite charte.

Exemples d'actions à mettre en place

- Faciliter et favoriser les liens des usagers avec leurs proches (familles, amis).
- Associer un proche lors de la première prise de contact.
- Proposer éventuellement l'accompagnement des personnes isolées par des bénévoles.
- Faciliter la possibilité de maintenir les liens sociaux des usagers, antérieurs à leur entrée dans le service.
- …/…

Recommandations de bonnes pratiques professionnelles :

- *Les attentes de la personne et le projet personnalisé.* Anesm, décembre 2008 ;
- *La Bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre.* Anesm, juillet 2008.

2. Le recueil d'informations

Comment nous sommes-nous organisés ? Que faisons-nous effectivement ? Comment nous assurons-nous auprès des usagers d'avoir mesuré les effets attendus ? Les éventuels effets inattendus ?

Les dispositions mises en place (procédures, moyens humains, moyens matériels, moyens financiers)	➤ Comment ces objectifs sont-ils déclinés dans le projet de service ? Présentés aux nouveaux professionnels ? Aux usagers et à leurs proches ? ➤ Comment est organisée l'information pour l'aidant familial ? Par qui ? Quand ? ➤ Quand, comment, par qui sont accueillis les proches lors de l'admission dans le service ? Lorsque les usagers ont donné l'autorisation aux professionnels d'informer leurs proches, comment l'information est-elle transmise ? ➤ Comment sont identifiées les différentes possibilités de participation ? ➤ Quels moyens sont utilisés pour impliquer les proches distants des activités de vie quotidienne ? ➤ Comment sont recueillies les attentes des proches ? Par rapport à l'intervention du service ? Leur avis sur le projet personnalisé de l'usager ? Sur les activités proposées à l'usager ? ➤ Comment l'intervention des bénévoles s'articule-t-elle avec le service ? Quelle coordination y a-t-il ? ➤ …/…
Les actions observées	➤ Quelle est la proportion de proches ayant eu un entretien formalisé avec un ou des professionnels en dehors de la première prise de contact ? ➤ Si le service propose des activités (SAMSAH, SAVS), quelles sont les activités des usagers partagées avec leurs proches ? Comment ces activités ont été choisies ? ➤ Quel est le nombre d'usagers ayant des proches avec lesquels les professionnels n'ont pas de contact ? ➤ Quel est le nombre de bénévoles intervenants pour le service ? Quels rôles ont-ils auprès des usagers (visite individuelle, activités d'animation, etc.) ? Quelle place ont-ils pour l'accompagnement de fin de vie ? ➤ …/…
Les effets constatés pour les usagers	➤ Selon les usagers eux-mêmes, l'entourage, ou éventuellement les partenaires ; les usagers ont-ils pu développer, créer, maintenir une participation sociale grâce à l'intervention du service ? ➤ L'entourage de l'usager se sent-il soulagé/soutenu ? L'intervention du service lui offre-t-il des moments de répit ? ➤ Quel est le nombre d'usagers accompagnés par des bénévoles suite à l'intervention du service ? Quel est le nombre de visite de convivialité effectuée par les bénévoles ? ➤ Quel est le nombre d'usagers n'ayant ni visite de proche, ni de bénévole (que ce soit par choix de leur part ou non) ? ➤ …/…

3. L'analyse des constats

L'analyse a pour but de comprendre, d'interpréter les constats faits, d'élaborer le plan d'amélioration et de mobiliser les différents acteurs sur les enjeux des changements à conduire.

Sur quoi porte l'analyse au minimum ?

➤ **L'identification des écarts :**

- entre les objectifs et les effets constatés : *par exemple, la moitié des usagers disent ne pas avoir été aidés par le service à maintenir leur participation sociale.*
- entre les actions prévues et les pratiques observées : *par exemple, les bénévoles intervenants ont peu de contacts avec les professionnels.*
- entre les pratiques recommandées et les pratiques observées : *par exemple, le recueil de l'avis des proches sur l'accompagnement de leur parent.*
- entre les pratiques observées à un temps x et un temps y ou entre les effets constatés à un temps x et un temps y : *par exemple, le pourcentage d'usagers qui sortent en dehors de leur domicile.*

➤ **La recherche des éléments d'explication des écarts identifiés en se demandant s'ils sont liés :**

- à une définition incomplète des actions à mettre en place ?
- à la situation géographique de la structure ?
- à l'accessibilité de la structure ?
- aux moyens mobilisés en personnel (qualification et nombre de professionnels présents) ? À la formation des professionnels ? À la qualité de l'accueil des proches par les professionnels ?
- à l'évolution de la population accompagnée ? À l'isolement social ?
- à d'autres facteurs explicatifs… ?

Sur quoi débouche cette analyse ?

Cette analyse permet l'identification :

- des points forts sur lesquels s'appuyer afin de les pérenniser ;
- des points sur lesquels un changement doit être conduit.

La conduite du changement passe par l'élaboration d'axes d'amélioration avec une liste et un calendrier des actions à mener ainsi que des critères permettant de les suivre.

4. Le suivi

Une fois le thème évalué, le suivi porte sur l'indicateur de suivi : *quelle est sa valeur ? Comment l'interpréter et l'analyser ? Quelles conséquences sur les actions à mettre en place ?*

Si le thème a donné lieu à un plan d'amélioration, le suivi porte également sur son état de réalisation : *où en sommes-nous ? Quelles sont les nouvelles actions mises en place ? Les difficultés rencontrées ? Les adaptations nécessaires ?*

Exemples d'indicateurs de suivi afin d'interroger les effets des actions pour les usagers

Le service choisit de renseigner un ou plusieurs indicateurs qu'il suivra régulièrement. Il suit également les actions du plan d'amélioration sur cette thématique chaque année.

Les indicateurs proposés ci-dessous sont des exemples qui peuvent être modifiés, remplacés ou complétés par d'autres indicateurs :

17 - Taux d'usagers isolés

Numérateur : Nombre d'usagers n'ayant ni visite, ni contact avec la famille, les amis ou des bénévoles depuis les 3 derniers mois

x100

Dénominateur : Nombre d'usagers accompagnés par le service

18 - Taux d'orientation sociale

Numérateur : Parmi les usagers ayant répondu avoir un sentiment d'isolement lors de la dernière enquête de satisfaction, nombre d'usagers orientés sur une structure facilitant le lien social

x100

Dénominateur : Nombre d'usagers ayant répondu avoir un sentiment d'isolement lors de la dernière enquête de satisfaction

Suivi du plan d'amélioration

Le service suit également les actions du plan d'amélioration sur cette thématique chaque année.

- état d'avancement des améliorations décidées ;
- analyse des causes d'un éventuel retard : disponibilité des moyens matériels et humains, changement de contexte, événements intercurrents, autres…
- selon le calendrier défini dans le plan d'amélioration, suivi des indicateurs choisis, ciblés sur les actions d'amélioration programmées ;
- analyse croisée de ces données pour éventuelle adaptation du plan d'amélioration.

Thème 4. La relation entre les professionnels et les usagers

1. Cadre évaluatif

Au regard des missions qui nous sont conférées par les textes, de nos valeurs et des caractéristiques de la population accompagnée, quels sont nos objectifs ? Qu'avions-nous prévu de faire pour les atteindre ? Quels effets en attendait-on pour les usagers ?

OBJECTIFS

- Garantir un cadre professionnel.
- Garantir un cadre relationnel de qualité.

Références :

- Sur le cadre professionnel : article L312-1, II, alinéa 4 du Code de l'action sociale et des familles, conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement :
  - art. D312-2 du CASF pour les SSIAD,
  - art. D312-7-1 & R314-148 du CASF pour les SPASAD,
  - art. D312-165 du CASF pour les SAVS,
  - art. D312-169 du CASF pour les SAMSAH,
  - art. D312-173 et D312-174 du CASF pour les SAVS et les SAMSAH,
- Sur la qualité du cadre relationnel : Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la Charte des droits et libertés de la personne accueillie, mentionnée à l'article L311-4 du Code de l'action sociale et des familles (articles 2 à 5 de la Charte).

Exemples d'actions à mettre en place

- Proposer, dans les situations où cela s'avère nécessaire et possible, l'intervention de deux professionnels lors de visites à domicile.
- Éviter la multiplication des intervenants.
- Utiliser un langage adapté à la situation.
- Proposer régulièrement aux salariés des actions de formations spécifiques sur les différentes déficiences (psychiques, mentales, motrices, sensorielles, etc.) et sur les différentes pathologies (sclérose en plaque, maladie de Parkinson, Chorée de Huntington, Alzheimer, etc.).
- …/…

Recommandations de bonnes pratiques professionnelles :

- *Les attentes de la personne et le projet personnalisé.* Anesm, décembre 2008 ;
- *La Bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre.* Anesm, juillet 2008.

2. Le recueil d'informations

Comment nous sommes-nous organisés ? Que faisons-nous effectivement ? Comment nous assurons-nous auprès des usagers d'avoir mesuré les effets attendus ? Les éventuels effets inattendus ?

Les dispositions mises en place (procédures, moyens humains, moyens matériels, moyens financiers)	➤ Comment ces objectifs sont-ils déclinés dans le projet de service ? Présentés aux nouveaux professionnels ? Aux usagers et à leurs proches ? ➤ Quelles sont les compétences techniques et relationnelles demandées par la direction ? Comment sont-elles formalisées dans les fiches de poste ? Dans le projet de service ? Comment sont-elles présentées aux professionnels ? Aux usagers ? À leurs proches ? Par qui ? À quelles occasions ? ➤ Comment la place de l'intervenant auprès de l'usager et de son entourage est-elle discutée au sein du service ? Quelles suites ont été données à cette réflexion ? ➤ Comment les compétences de l'intervenant sont-elles appréciées ? À quelles occasions (entretiens annuels, groupe de parole, etc.) ? ➤ Quelles procédures sont mises en place pour réguler la relation entre professionnels et usagers ? ➤ Comment les professionnels sont-ils formés/sensibilisés pour être à l'écoute ? Être empathiques ? Être en mesure de s'adapter ? Être dans la discrétion ? ➤ Comment les professionnels sont aidés pour garder la distance professionnelle nécessaire à leur fonction (relations amicales, tutoiement, etc.) ? ➤ Comment les professionnels sont-ils formés aux situations difficiles (maladie grave, troubles psychiques, handicap mental, difficultés relationnelles, précarité, accompagnement de fin de vie, maladie d'Alzheimer ou apparenté, etc.) ? ➤ Comment est évaluée la relation entre les professionnels et les usagers ? Avec quels moyens ? À quel moment ? Par qui ? Ces évaluations font-elles l'objet de réajustement ? Si oui, comment ? À la demande de qui ? ➤ …/…
Les actions observées	➤ Quel est le nombre de réunions ayant eu lieu dans les 12 mois précédents sur des questions de compétences techniques et relationnelles ? Quels sont les sujets abordés ? ➤ Combien de professionnels y ont participé ? Y a-t-il eu des échanges ? Ont-ils été diffusés ? ➤ Combien de professionnels sont formés/sensibilisés à l'écoute ? ➤ Combien de fois une relation entre un professionnel et un usager a dû être régulé ? ➤ …/…
Les effets constatés pour les usagers	➤ Combien d'usagers sont informés de ce qu'ils sont en droit d'attendre de la relation avec l'intervenant ? ➤ Combien d'usagers se disent satisfaits de la relation professionnelle avec l'intervenant ? Quels sont les savoir-être des professionnels qui correspondent aux attentes et aux besoins des usagers ? ➤ …/…

3. L'analyse des constats

L'analyse a pour but de comprendre, d'interpréter les constats faits, d'élaborer le plan d'amélioration et de mobiliser les différents acteurs sur les enjeux des changements à conduire.

Sur quoi porte l'analyse au minimum ?

➤ **L'identification des écarts :**
- entre les objectifs et les effets constatés : *par exemple, la prestation est réalisée, mais aucun échange n'est fait avec l'usager ;*
- entre les actions prévues et les pratiques observées : *par exemple, nombre d'usagers se plaignant que le professionnel ne prend pas le temps de l'écouter ;*
- entre les pratiques recommandées et les pratiques observées : *par exemple, nombre de personnes ayant demandé un changement d'intervenant et nombre de changement effectif ;*
- entre les pratiques observées à un temps x et un temps y ou entre les effets constatés à un temps x et un temps y : *par exemple, le nombre d'usagers satisfaits que la relation diminue.*

➤ **La recherche des éléments d'explication des écarts identifiés en se demandant s'ils sont liés :**
- à une définition incomplète des actions à mettre en place ?
- à la situation géographique de la structure ?
- à l'accessibilité de la structure ?
- aux moyens mobilisés en personnel (qualification et nombre de professionnels présents) ? À la formation des professionnels ? À la qualité de l'accueil des proches par les professionnels ?
- à l'évolution de la population accompagnée ? À l'isolement social ?
- à d'autres facteurs explicatifs… ?

Sur quoi débouche cette analyse ?

Cette analyse permet l'identification :
- des points forts sur lesquels s'appuyer afin de les pérenniser ;
- des points sur lesquels un changement doit être conduit.

La conduite du changement passe par l'élaboration d'axes d'amélioration avec une liste et un calendrier des actions à mener ainsi que des critères permettant de les suivre.

4. Le suivi

Une fois le thème évalué, le suivi porte sur l'indicateur de suivi : *quelle est sa valeur ? Comment l'interpréter et l'analyser ? Quelles conséquences sur les actions à mettre en place ?*

Si le thème a donné lieu à un plan d'amélioration, le suivi porte également sur son état de réalisation : *où en sommes-nous ? Quelles sont les nouvelles actions mises en place ? Les difficultés rencontrées ? Les adaptations nécessaires ?*

Exemples d'indicateurs de suivi afin d'interroger les effets des actions pour les usagers

Le service choisit de renseigner un ou plusieurs indicateurs qu'il suivra régulièrement. Il suit également les actions du plan d'amélioration sur cette thématique chaque année.

Les indicateurs proposés ci-dessous sont des exemples qui peuvent être modifiés, remplacés ou complétés par d'autres indicateurs :

19 - Nombre moyen de professionnels par usager

Numérateur : Nombre de professionnels de la structure (hors personnel administratif) intervenant pour chaque usager au cours des 12 derniers mois

―――――――――――――――

Dénominateur : Nombre d'usagers accompagnés par la structure

20 - Taux de changement d'intervenant (SAAD/SAVS/SAMSAH)

Numérateur : Nombre d'usagers ou représentants d'usagers ayant demandé au moins une fois un changement d'intervenant au cours des 12 derniers mois

――――――――――――――― x100

Dénominateur : Nombre total d'usagers accompagnés par le service

Suivi du plan d'amélioration

Le service suit également les actions du plan d'amélioration sur cette thématique chaque année.

- état d'avancement des améliorations décidées ;
- analyse des causes d'un éventuel retard : disponibilité des moyens matériels et humains, changement de contexte, événements intercurrents, autres… ;
- selon le calendrier défini dans le plan d'amélioration, suivi des indicateurs choisis, ciblés sur les actions d'amélioration programmées ;
- analyse croisée de ces données pour éventuelle adaptation du plan d'amélioration.

Synthèse de l'axe sur la promotion de l'autonomie et de la qualité de vie

Quatre thèmes à évaluer :

- Le respect des habitudes de vie (dans la limite du cadre d'intervention du service) ;
- L'autonomie fonctionnelle et décisionnelle de la personne ;
- La participation sociale et/ou professionnelle et les liens avec l'entourage (famille, voisins, espace public, etc.) ;
- La relation entre les professionnels et les usagers.

Cadre évaluatif (la théorie)

Les objectifs (les effets attendus pour les usagers) sont :

- Garantir un cadre professionnel.
- Garantir un cadre relationnel de qualité.
- Maintenir, accompagner et favoriser la participation sociale et/ou professionnelle de l'usager.
- Maintenir, accompagner et favoriser l'ensemble des liens familiaux et affectifs de l'usager avec son environnement social.
- Maintenir les capacités dans les actes de la vie quotidienne.
- Favoriser l'autonomie dans les déplacements, la toilette, l'alimentation et la continence.
- Accompagner la situation de handicap.
- Aider la personne dans la prise de décision et lui permettre de faire des choix.
- Prendre en compte les besoins et les attentes de chaque usager.
- Garantir le droit à la participation directe de l'usager ou avec l'aide de son représentant légal à la conception, la mise en œuvre et le suivi du projet d'accompagnement qui le concerne.
- Offrir à l'usager la possibilité de choisir des activités correspondant à ses attentes dans le cadre de sa vie quotidienne et sociale.

Les modes d'organisation et les actions prévues pour atteindre les objectifs sont définis par le service à partir, entre autres, des recommandations.

Analyse des écarts

Recueil d'informations (l'existant)

Synthèse du questionnement pour connaître les dispositions mises en place :

- Comment le service s'organise pour garantir un cadre relationnel et professionnel de qualité ?
- Comment le service s'organise-t-il pour l'évaluation de la personne ? Quels outils sont utilisés ?
- Comment le service s'organise pour maintenir, accompagner et favoriser les liens sociaux de l'usager ? Les capacités décisionnelles et fonctionnelles de l'usager ?
- Comment le service s'organise pour prendre en compte les besoins et les attentes des usagers ? Le faire participer à son projet ? Le faire participer à la vie du service ?
- Quand ces actions sont mises en place ?
- Par qui et avec qui sont-elles mises en place ?
- …/…

Synthèse du questionnement pour observer les pratiques :

- Quelles sont les pratiques réellement mises en place pour garantir un cadre professionnel et une relation de qualité ?
- Quelles sont les pratiques réellement mises en place pour maintenir, accompagner et favoriser les liens sociaux de l'usager ? Les capacités de l'usager ?
- Quelles sont les pratiques réellement mises en place pour prendre en compte les besoins et les attentes des usagers ? Le faire participer à son projet ? À la vie du service ?
- Combien de fois ces pratiques ont été mises en place ?
- …/…

Synthèse du questionnement pour les effets constatés pour les usagers :

- Selon les usagers eux-mêmes, les proches, les professionnels du service, les autres professionnels intervenant au domicile l'intervention a-t-elle modifiée les habitudes de vie des usagers ? Les usagers ont-ils pu développer, créer, maintenir une participation sociale grâce à l'intervention du service ?
- Combien d'usagers participent au déroulement de l'action d'accompagnement ?
- Combien d'usagers se disent satisfaits de la relation avec l'intervenant ?
- Les actions menées dans le cadre du plan d'aide ont-elles atteint leurs objectifs par rapport à l'usager ? (pas de perte nouvelle de son autonomie/absence de perte de poids/la personne sous réserve d'être accompagnée sort à nouveau à l'extérieur, etc.)
- …/…

Suivi de l'évaluation

Axe 4

La continuité de l'accompagnement et la coordination des interventions

Quotidiennement, les services doivent sans cesse trouver un juste équilibre entre la réponse apportée à la demande et la réponse apportée aux besoins (gestion de laquelle dépend la qualité des prestations). La qualité d'un service dépend non seulement de l'élaboration du projet de service et/ou du projet associatif, des contraintes budgétaires, de l'évaluation des besoins individuels et du suivi des projets personnalisés, de la formation des intervenants à domicile, mais également du fonctionnement en interne du service et de la coordination qu'il met en œuvre[30].

Dans la structure, les difficultés de coordination interne peuvent émerger entre les services de soins et les services d'aide, entre les intervenants réguliers et les intervenants ponctuels, entre les professionnels de terrain et les services administratifs, entre les membres de l'équipe administrative.

La coordination est un processus qui consiste à améliorer la cohérence de plusieurs actions par rapport à l'usager, à son parcours, à son accompagnement, à l'évolution de la prise en charge. Elle implique une communication entre les différents intervenants (professionnels du service, bénévoles, partenaires, aidants familiaux) afin de s'entendre sur les objectifs et de s'accorder sur la manière de les atteindre. La coordination s'effectue à trois niveaux :

- **en interne,** entre les professionnels d'un même service.
- **en externe,** avec les partenaires et l'entourage qui aident l'usager.
- **en relais,** avec la structure qui a précédé le service ou celle qui lui succèdera.

Au niveau des acteurs, la coordination comprend l'interaction entre les usagers, les aidants et les professionnels médicaux, paramédicaux, sociaux et médico-sociaux[31].

L'aidant est une personne qui vient en aide à titre professionnel (rémunéré) ou non professionnel. Dans le second cas, il s'agit le plus souvent d'aidants familiaux (époux, enfant, parfois frère ou sœur) et plus rarement d'amis ou du tuteur légal. Ils apportent un soutien à une personne dépendante de leur entourage, pour les activités de la vie quotidienne. Cette aide peut prendre plusieurs formes : nursing, soins, accompagnement à l'éducation et à la vie sociale, démarches administratives, coordination, vigilance/veille, soutien psychologique, communication, activités domestiques, etc. Les situations d'aide et la charge mentale qui y est associée sont variables, en fonction de la pathologie de la personne aidée, des configurations d'aide (aidant solitaire ou plusieurs aidants, cohabitant ou non), ou encore de la situation de l'aidant lui-même (retraités, avec un emploi, au chômage, étudiant, etc.).

Deux thèmes à évaluer :

- **La cohérence des actions du service**
- **La continuité et la diversité des interventions auprès de la personne**

[30] FERMON B., Évaluation de la qualité du maintien à domicile des personnes âgées, Rapport DGAS, février 2004.
[31] Rapport RHISAA, *Recherche qualitative exploratoire Handicaps - Incapacités - Santé et Aide pour l'Autonomie*, Vol 1, INPES, 2010.

Thème 1. La cohérence des actions du service

1. Le cadre évaluatif

Au regard des missions qui nous sont conférées par les textes, de nos valeurs et des caractéristiques de la population accompagnée, quels sont nos objectifs ? Qu'avions-nous prévu de faire pour les atteindre ? Quels effets en attendait-on pour les usagers ?

OBJECTIFS	➤ Assurer une cohérence entre les interventions du service. **Référence :** • Art. L311-8 du Code de l'action sociale et des familles. • Conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement : articles D312-2 et D312-3 (SSIAD), D312-6 (SAAD), D312-7 (SPASAD), D312-170 à D312-175 (SAVS et SAMSAH) du Code de l'action sociale et des familles.
Exemples d'actions à mettre en place	➤ Veiller à informer, par le biais du répondeur, des numéros d'urgence en cas de fermeture de l'accueil. ➤ Faciliter le travail des proches qui aident l'usager. ➤ Désigner un référent professionnel (ou indiquer une personne à contacter en cas de besoin) ou l'infirmière coordinatrice pour chaque usager. ➤ Garantir un accompagnement toute l'année (y compris pendant les périodes de congés des professionnels intervenants). ➤ Communiquer avec les aidants familiaux. ➤ …/… **Recommandations de bonnes pratiques professionnelles :** • *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*. Anesm, juillet 2008 ; • *Mission du responsable de service et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance à domicile*. Anesm, septembre 2009 ; • *Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service*. Anesm, mai 2010 ; • *Les attentes de la personne et le projet personnalisé*. Anesm, décembre 2008.

2. Le recueil d'informations

Comment nous sommes-nous organisés ? Que faisons-nous effectivement ? Comment nous assurons-nous auprès des usagers d'avoir mesuré les effets attendus ? Les éventuels effets inattendus ?

Les dispositions mises en place

(procédures, moyens humains, moyens matériels, moyens financiers)

- Comment est organisée la coordination du projet individualisé/projet d'intervention/plan de soins? Quelle est l'implication des parties prenantes de l'accompagnement dans l'élaboration du projet ? Dans son suivi ? Sa révision ? Quels professionnels n'y sont pas associés ? Pour quelles raisons ? Comment l'usager est informé ? Comment sont pris en compte les bénévoles ? Les stagiaires ? Les aidants familiaux ?
- Comment est organisée l'action des bénévoles ? Comment leur action est-elle coordonnée avec les professionnels dans le cadre du projet personnalisé et de l'accompagnement ?
- Quel est le rôle joué par les « pairs professionnels » dans la transmission des savoir-faire ?
- Comment le service s'organise pour coordonner le travail des professionnels avec celui des aidants familiaux ou des proches des usagers (enfants, parents, frères/sœurs, conjoint(e), ami(e)s, etc.) ? Quelle est la participation de l'usager ?
- Comment le service s'assure que les intervenants ont une connaissance suffisante des principales pathologies chroniques rencontrées ? Quel mode de coopération est mis en place pour faciliter cette connaissance ou palier à son manque ?
- Quelles sont les dispositions mises en place pour faciliter la coopération des professionnels de filières différentes (médecins, infirmiers, psychologues, éducateurs spécialisés, auxiliaire de vie, technicien de l'intervention sociale et familiale, etc.) ?
- Quelles sont les amplitudes horaires de fonctionnement du service par jour en semaine ? Par tranches horaires ? Y compris le week-end et les jours fériés ?
- Comment le service s'organise-t-il pour assurer les prestations en cas d'incident imprévu (arrêt maladie, urgence, turn-over, etc.) ? Lorsqu'un professionnel est en arrêt de travail, comment est-il remplacé ? Dans quels délais ? Comment les usagers en sont-ils informés ?
- Comment un référent professionnel (ou une personne à contacter en cas de besoin) auprès de l'usager ou de l'entourage est-il nommé ? À quel moment ? Par qui ? Quel est le rôle du référent dans l'accompagnement de l'usager ? Comment le référent se coordonne-t-il avec les autres professionnels ?
- Quels sont les moyens mis en place en interne par le service pour garantir une permanence d'information ? Quels sont les modes de communication ? Comment le recueil d'informations des données sur les activités a-t-il été mis en place ? Est-il connu des professionnels ? Peut-il être utilisé par l'ensemble des professionnels ?
- Comment le service s'organise pendant les périodes de congés pour maintenir la réalisation des prestations convenues ?
- …/…

Les actions observées

- Quels sont les référents professionnels nommés auprès de l'usager ou de l'entourage ? Sont-ils connus des professionnels ? Combien de professionnels les sollicitent effectivement au titre de référent professionnel ?
- Combien d'interventions sont effectuées au domicile ? En moyenne ? Quelle variation ?
- Sur les 3 derniers mois, combien de réunions sur l'organisation du service ont eu lieu ? Quels sont les sujets abordés ? Combien de professionnels y ont participé ? Y a-t-il eu des échanges ? Ont-ils été diffusés ?
- Pour chaque usager accompagné, combien de proches, en moyenne, aident au soutien à domicile ? Avec quelle amplitude horaire ?
- Combien de temps est consacré à la transmission de savoir-faire pour les nouveaux arrivants ?
- Sur les 12 derniers mois, combien de professionnels ont quitté le service ? Quelle est l'importance du turn-over ?
- …/…

Les effets constatés pour les usagers	➤ Combien d'usagers connaissent leur référent professionnel ? S'il n'y en a pas, combien d'usagers savent à qui s'adresser en cas de nécessité ? ➤ Les plages horaires, le nombre de passage, et d'intervenants au domicile correspondent-ils aux besoins et attentes des usagers ? ➤ Combien d'interventions n'ont pas été assurées ? Combien de fois l'usager a été prévenu de cette annulation ? Combien de temps à l'avance ? Combien de fois y a-t-il eu un retard ? De combien de temps ? ➤ …/…

3. L'analyse des constats

L'analyse a pour but de comprendre, d'interpréter les constats faits, d'élaborer le plan d'amélioration et de mobiliser les différents acteurs sur les enjeux des changements à conduire.

Sur quoi porte l'analyse au minimum ?	➤ **L'identification des écarts :** – Entre les objectifs et les effets constatés : *par exemple, seulement un usager sur deux connait le nom de son référent ou de la personne à contacter en cas de besoin.* – Entre les actions prévues et les pratiques observées : *par exemple, il existe une réunion de service hebdomadaire, mais plus de la moitié des salariés y sont absents.* – Entre les pratiques recommandées et les pratiques observées : *par exemple en cas d'arrêt maladie, l'intervenant n'a été remplacé qu'après 3 jours et l'usager n'est pas forcément informé.* – Entre les pratiques observées à un temps x et un temps y ou entre les effets constatés à un temps x et un temps y : *par exemple, le nombre d'interventions non assurées pour cause d'absence du salarié a augmenté sur les 12 derniers mois.* ➤ **La recherche des éléments d'explication des écarts identifiés en se demandant s'ils sont liés :** – à une définition incomplète des actions à mettre en place ? – aux outils de recueil utilisés, à l'organisation du travail, au passage de l'information entre professionnels ? – aux moyens mobilisés en personnel (qualification et nombre de professionnels présents) ? – à la formation des professionnels ? – à l'évolution de la population accompagnée ? – à d'autres facteurs explicatifs… ?
Sur quoi débouche cette analyse ?	**Cette analyse permet l'identification :** – des points forts sur lesquels s'appuyer afin de les pérenniser ; – des points sur lesquels un changement doit être conduit. La conduite du changement passe par l'élaboration d'axes d'amélioration avec une liste et un calendrier des actions à mener ainsi que des critères permettant de les suivre.

4. Le suivi

Une fois le thème évalué, le suivi porte sur l'indicateur de suivi : *quelle est sa valeur ? Comment l'interpréter et l'analyser ? Quelles conséquences sur les actions à mettre en place ?*

Si le thème a donné lieu à un plan d'amélioration, le suivi porte également sur son état de réalisation : *où en sommes-nous ? Quelles sont les nouvelles actions mises en place ? Les difficultés rencontrées ? Les adaptations nécessaires ?*

Exemples d'indicateurs de suivi afin d'interroger les effets des actions pour les usagers

Le service choisit de renseigner un ou plusieurs indicateurs qu'il suivra régulièrement.

Les indicateurs proposés ci-dessous sont des exemples qui peuvent être modifiés, remplacés ou complétés par d'autres indicateurs :

21 - Taux d'usagers ne se déclarant pas informés des absences professionnelles

Numérateur : Nombre d'usagers disant ne pas avoir été informés préalablement d'une indisponibilité de l'intervenant au cours des 3 derniers mois

x100

Dénominateur : Nombre d'usagers ayant répondu à la dernière enquête de satisfaction

22 - Taux d'intervention (SSIAD)

Numérateur : Nombre d'usagers auprès desquels les SSIAD interviennent 7 jours sur 7 au cours des 12 derniers mois

x100

Dénominateur : Nombre total d'usagers accompagnés par le service

Suivi du plan d'amélioration

Le service suit également les actions du plan d'amélioration sur cette thématique chaque année.

- état d'avancement des améliorations décidées ;
- analyse des causes d'un éventuel retard : disponibilité des moyens matériels et humains, changement de contexte, événements intercurrents, autres…
- selon le calendrier défini dans le plan d'amélioration, suivi des indicateurs choisis, ciblés sur les actions d'amélioration programmées ;
- analyse croisée de ces données pour éventuelle adaptation du plan d'amélioration.

Thème 2. La continuité et la diversité des interventions auprès de la personne

1. Le cadre évaluatif

Au regard des missions qui nous sont conférées par les textes, de nos valeurs et des caractéristiques de la population accompagnée, quels sont nos objectifs ? Qu'avions-nous prévu de faire pour les atteindre ? Quels effets en attendait-on pour les usagers ?

OBJECTIFS

- Coordonner les interventions du service auprès de la personne.
- Organiser avec les usagers des complémentarités ou des relais avec d'autres acteurs ou dispositifs.
- Mobiliser de nouveaux acteurs pour accompagner les personnes, pour prendre le relais de la situation.

Référence :

- Art. L311-8 du Code de l'action sociale et des familles.
- Art D312-3 du Code de l'action sociale et des familles.
- Circulaire n° DGAS/2C/2005/111 du 28 février 2005 relative aux conditions d'autorisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile.
- Pour les SSIAD, SAAD et SPASAD : articles D312-1 à D312-7-1 du CASF
- Pour les SAVS et SAMSAH : articles D312-155-5 à D312-155-19 du CASF
- Pour les SAMSAH : articles D344-5-1 à D344-5-16 du CASF
- Décret n° 2011-1210 du 29 septembre 2011 relatif au cahier des charges des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer.
- Circulaire n° DHOS/O2/2007/117 du 28 Mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques.

Exemples d'actions à mettre en place

- Mettre en place un cahier de liaison au domicile des usagers.
- Désigner un coordonnateur dans le service.
- Développer le travail en réseau, identifier les interlocuteurs.
- Définir la complémentarité des services et des établissements et favoriser les échanges entre services et établissements, tant sur le secteur médico-social que sur celui du sanitaire.
- Définir une contractualisation pour chaque partenariat.
- Vérifier que tous les professionnels intervenant au domicile de la personne remplissent et tiennent compte, autant de fois que nécessaire, du cahier de liaison.
- Transmettre à la nouvelle structure le cahier de liaison avec l'accord de l'usager lorsqu'il quitte le service pour un autre dispositif.
- …/…

Recommandations de bonnes pratiques professionnelles :

- *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre.* Anesm, juillet 2008 ;
- *Mission du responsable de service et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance à domicile.* Anesm, septembre 2009 ;
- *Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service.* Anesm, mai 2010 ;
- *Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux.* Anesm, octobre 2010.

2. Le recueil d'informations

Comment nous sommes-nous organisés ? Que faisons-nous effectivement ? Comment nous assurons-nous auprès des usagers d'avoir mesuré les effets attendus ? Les éventuels effets inattendus ?

Les dispositions mises en place

(procédures, moyens humains, moyens matériels, moyens financiers)

- Quels sont les moyens/outils mis en place par le service pour communiquer et pour se faire connaître des autres structures sur le territoire (plaquettes d'information, livret d'accueil, site internet, etc.) ?
- Quelle est la coordination avec les Centres locaux d'information et de coordination (CLIC) ? Les Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) ? Les Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA) ? Les réseaux de santé… ?
- Comment les listes d'attente sont-elles gérées ?
- Comment l'intervention du service s'inscrit-elle dans la continuité du parcours de la personne ?
- Comment les professionnels sont-ils formés/sensibilisés aux dynamiques de coordination ?
- Quels sont les moyens, outils, modes de communication mis en place par le service pour communiquer avec les professionnels extérieurs (fiches de liaison, réunion de coordination, convention de partenariat, etc.) ? Comment l'accord pour la mise en place de ces outils est demandé aux usagers ? Comment cette communication est adaptée aux différents type de métiers (médecins, infirmiers, auxiliaires de vie, techniciens de l'intervention sociale et familiale, aides soignants, etc.) ?
- Comment le carnet de liaison est il formalisé ? Utilisé ? Diffusé ? Rempli ?
- Qui peut garantir la continuité des actions ? Comment le coordonateur est choisi ou recruté ? Qu'est-ce qui est mis en place pour faciliter la coopération entre les professionnels de filières différentes (médecins, infirmiers, psychologues, éducateurs spécialisés, auxiliaires de vie, aides-soignants, techniciens de l'intervention sociale et familiale, etc.) ?
- Comment le coordonnateur échange-t-il avec l'usager ou avec l'aidant le plus présent ?
- Pour les situations de risque de maltraitance, comment l'usager est-il informé de la transmission d'information ?
- Lorsque le service fait appel à des professionnels extérieurs (professionnels de santé, etc.) quelles conditions sont exigées ?
- Quels sont les critères qui définissent le caractère d'urgence ? Comment sont-ils explicités dans le règlement de fonctionnement ? Quelles coopérations spécifiques sont mises en œuvre pour gérer les situations d'urgence ? Les situations complexes ? Pour organiser les entrées ou les sorties d'hospitalisation ? Pour organiser les entrées ou les sorties d'établissement ?
- Comment les sorties d'hospitalisation sont-elles organisées pour permettre un retour au domicile dans de bonnes conditions ? Qui s'en occupe ? Comment cette organisation s'adapte aux contraintes familiales ? Lorsque les familles s'occupent du retour à domicile, comment sont-elles soutenues dans leurs démarches ?
- Comment le service s'assure-t-il que les partenaires vers qui sont orientés les usagers proposent des réponses adaptées à leurs besoins ? Le cas échéant, quels sont les réajustements possibles ?
- Si nécessaire, comment est facilité le recours à une structure d'hospitalisation à domicile ? À un accueil de jour ? À un centre destiné à accueillir des malades d'Alzheimer (Pôle d'activités et de soins adaptés/Unité d'hébergement renforcée) ?
- Pour l'accompagnement de fin de vie, comment le service s'organise avec les partenaires ? Le médecin traitant ? Un réseau de soins palliatifs ? Comment le service accompagne les proches ?
- Comment les transmissions entre les intervenants du service sont mises en place ? Selon quelle procédure et à quel rythme ?
- …/…

Les actions observées	➤ Combien de prestations réalisées par un professionnel extérieur au service sont réalisées en adéquation avec ce qui a été formalisé ? Combien de conventions ont été passées pour ces partenariats ? ➤ Quels sont les partenaires qui considèrent que la structure est suffisamment identifiée/connue sur le territoire ? ➤ Combien de coopérations spécifiques sont mises en œuvre pour gérer les situations d'urgence ou complexe ? Pour organiser les sorties d'hospitalisation ? Avec qui ? À quelle occasion ? ➤ Si le service n'est pas chargé d'assurer la coordination des interventions auprès de l'usager, participe-t-il à la coordination ? Combien de personne y participe ? Avec qui ? Selon quelles modalités ? ➤ Lorsque le service a mis en place des carnets de liaison, combien en existe-t-il ? ➤ Combien de professionnels sont formés aux logiques de coordination ? ➤ Combien de temps est alloué à la coordination ? ➤ …/….
Les effets constatés pour les usagers	➤ Combien d'usagers sont satisfaits de la continuité et de la complémentarité des interventions ? ➤ Combien d'usagers considèrent que les nouveaux intervenants connaissent suffisamment leurs difficultés et les interventions habituellement mises en œuvre ? ➤ Combien d'usagers participent à l'écriture du cahier de liaison ? ➤ Pour l'accompagnement de fin de vie, quel est l'avis des proches de l'usager décédé dans l'année sur le soutien qui leur a été apporté par le service ? Y a-t-il eu des directives anticipées ? Ont-elles été respectées, selon les proches ? Les professionnels ? Les partenaires ? ➤ …/…

3. L'analyse des constats

L'analyse a pour but de comprendre, d'interpréter les constats faits, d'élaborer le plan d'amélioration et de mobiliser les différents acteurs sur les enjeux des changements à conduire.

Sur quoi porte l'analyse au minimum ?	➤ **L'identification des écarts :** – entre les objectifs et les effets constatés : *par exemple, les usagers ne sont pas au courant que des informations sont transmises aux partenaires.* – entre les actions prévues et les pratiques observées : *par exemple, le service est convié une fois sur deux aux réunions de synthèse auprès des partenaires.* – entre les pratiques recommandées et les pratiques observées : *par exemple, il existe un cahier de liaison, mais il n'est pas lu ni rempli.* – entre les pratiques observées à un temps x et un temps y ou entre les effets constatés à un temps x et un temps y : *par exemple, le nombre d'usagers satisfaits que la coordination baisse.* ➤ **La recherche des éléments d'explication des écarts identifiés en se demandant s'ils sont liés :** – à une définition incomplète des actions à mettre en place ? – aux outils de recueil utilisés, à l'organisation du travail, au passage de l'information entre professionnels ? – aux moyens mobilisés en personnel (qualification et nombre de professionnels présents) ? – à la formation des professionnels ? – à l'évolution de la population accompagnée ? – à d'autres facteurs explicatifs… ?

Sur quoi débouche cette analyse ?

Cette analyse permet l'identification :

- des points forts sur lesquels s'appuyer afin de les pérenniser ;
- des points sur lesquels un changement doit être conduit.

La conduite du changement passe par l'élaboration d'axes d'amélioration avec une liste et un calendrier des actions à mener ainsi que des critères permettant de les suivre.

4. Le suivi

Une fois le thème évalué, le suivi porte sur l'indicateur de suivi : *quelle est sa valeur ? Comment l'interpréter et l'analyser ? Quelles conséquences sur les actions à mettre en place ?*

Si le thème a donné lieu à un plan d'amélioration, le suivi porte également sur son état de réalisation : *où en sommes-nous ? Quelles sont les nouvelles actions mises en place ? Les difficultés rencontrées ? Les adaptations nécessaires ?*

Exemples d'indicateurs de suivi afin d'interroger les effets des actions pour les usagers

Le service choisit de renseigner un ou plusieurs indicateurs qu'il suivra régulièrement.

Les indicateurs proposés ci-dessous sont des exemples qui peuvent être modifiés, remplacés ou complétés par d'autres indicateurs :

23 - Taux de non réorientation

Numérateur : Nombre d'usagers (non décédés) sortis du service au cours des 12 derniers mois ayant toujours besoin d'un accompagnement et non réorientés vers une autre structure

———————————— x100

Dénominateur : Nombre d'usagers sortis au cours des 12 derniers mois et non décédés

24 - Nombre de réunions de coordination

Nombre de réunions de coordination inter-service au cours des 12 derniers mois

25 - Taux de satisfaction de la coordination

Numérateur : Nombre d'usagers ayant déclaré lors de la dernière enquête de satisfaction être satisfaits de la coordination des interventions

———————————— x100

Dénominateur : Nombre d'usagers ayant répondu à la dernière enquête de satisfaction

Suivi du plan d'amélioration

Le service suit également les actions du plan d'amélioration sur cette thématique chaque année.

- état d'avancement des améliorations décidées ;
- analyse des causes d'un éventuel retard : disponibilité des moyens matériels et humains, changement de contexte, événements intercurrents, autres…
- selon le calendrier défini dans le plan d'amélioration, suivi des indicateurs choisis, ciblés sur les actions d'amélioration programmées ;
- analyse croisée de ces données pour éventuelle adaptation du plan d'amélioration.

Synthèse de l'axe sur la continuité de l'accompagnement et la coordination des interventions

Deux thèmes à évaluer :

- La cohérence des actions du service ;
- La continuité et la diversité des interventions auprès de la personne.

Cadre évaluatif (la théorie)

Les objectifs (les effets attendus pour les usagers) sont:

- Assurer une cohérence entre les interventions du service.
- Coordonner les interventions du service auprès de la personne.
- Organiser avec les usagers des complémentarités ou des relais avec d'autres acteurs ou dispositifs.
- Mobiliser de nouveaux acteurs pour accompagner les personnes, pour prendre le relais de la situation.

Les modes d'organisation et les actions prévues pour atteindre les objectifs sont définis par le service à partir, entre autres, des recommandations.

Analyse des écarts

Recueil d'informations (l'existant)

Synthèse du questionnement pour connaître les dispositions mises en place:

- Comment le service s'organise-t-il pour assurer la continuité de l'accompagnement (et avec quels outils)? Pour coordonner les interventions auprès de la personne ? Pour aménager avec les usagers des relais vers d'autres acteurs ou dispositifs ?
- Quelles coopérations spécifiques sont mises en place ?
- Quand ces actions sont-elles mises en place ?
- Par qui et avec qui sont-elles mises en place ?
- …/…

Synthèse du questionnement pour observer les pratiques:

- Quelles sont les pratiques réellement mises en place pour assurer la continuité de l'accompagnement ? Pour permettre une reconnaissance mutuelle entre les services des évaluations réalisées ? Pour coordonner le plan d'aide ? Pour coordonner les interventions auprès de la personne ? Pour aménager avec les usagers des relais vers d'autres acteurs ou dispositifs ?
- Combien de fois ces pratiques ont-elles été mises en place ?
- …/…

Synthèse du questionnement pour constater les effets pour les usagers :

- Combien d'usagers connaissent leur référent ?
- Les plages horaires, le nombre de passages, et d'intervenants au domicile correspondent-ils aux besoins et attentes des usagers ?
- Combien d'interventions n'ont pas été assurées ? Combien de fois l'usager a été prévenu de cette annulation ? Combien de temps à l'avance ?
- Combien d'usagers sont satisfaits de la continuité des interventions ?
- Combien d'usagers considèrent que les nouveaux intervenants connaissent suffisamment leurs difficultés et les interventions habituellement mises en œuvre ?
- Combien d'usagers participent à l'écriture du cahier de liaison ?
- …/…

Suivi de l'évaluation →

Annexes

Annexe 1. La boîte à outils

Outil 1 : Les services d'aide et de soins à domicile

Services	Description de l'activité	Publics accompagnés
Services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD)[32]	Ils concourent au soutien à domicile, à la préservation ou à la restauration de l'autonomie dans l'exercice des activités de la vie quotidienne et au maintien ou au développement des activités sociales et des liens avec l'entourage. Ils assurent au domicile ou à partir de leur domicile des prestations de services ménagers et des prestations d'aide à la personne pour les activités ordinaires de la vie et les actes essentiels lorsque ceux-ci sont assimilés à des actes de la vie quotidienne (aide au lever, à l'habillage, à l'hygiène, etc.), hors ceux réalisés sur prescription médicale par les services de soins.	Personnes âgées de 60 ans et plus, malades ou en perte d'autonomie. Personnes adultes en situation de handicap. Personnes adultes de moins de 60 ans atteintes de pathologies chroniques ou d'une affection de longue durée.
services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	Ils assurent sur prescription médicale des prestations de soins infirmiers (soins techniques ou soins de base relationnels) au domicile de la personne ou éventuellement en établissement non-médicalisé (foyer logement, domicile collectif, etc.). Ils ont pour vocation tant d'éviter l'hospitalisation, que de faciliter les retours à domicile à la suite d'une hospitalisation ; ils visent aussi à prévenir ou retarder la perte d'autonomie et l'admission dans des établissements sociaux et médico-sociaux lorsque cette entrée ne correspond pas au souhait des personnes.	
services polyvalents de soins et d'aide à domicile (SPASAD)	Ils assurent les missions d'un service d'aide et d'accompagnement à domicile et d'un service de soins infirmiers à domicile.	
Services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)	Ils contribuent à la réalisation du projet de vie des personnes par un accompagnement adapté favorisant le maintien ou la restauration de liens familiaux, sociaux, universitaires ou professionnels.	Personnes adultes en situation de handicap.
Services d'accompagnement médico social pour adultes handicapés (SAMSAH)	Ils assurent un accompagnement médical, paramédical et social.	

32 Les services d'aide et d'accompagnement des familles à domicile qui sont autorisés assurent également des prestations d'accompagnement qui concourent au maintien à domicile, à la préservation de l'autonomie (situation de maladie), au soutien à la parentalité (protection de l'enfance), à l'insertion sociale. Les publics accompagnés sont les familles en attente d'enfants ou avec enfants et allocataires de la Caf. *Circulaires CNAF n° 2007-065 du 2 mai 2007 et n° 2010-081 du 06/05/2010. Article L222-3 du CASF.*

Outil 2 : Rôles et compétences de tous les acteurs dans la démarche d'évaluation

Fonctions au sein du service	Compétences dans l'évaluation
Le directeur du service	Responsable de l'évaluation.
Le référent évaluation Cette fonction peut être assurée par : - le directeur lorsque le service est de petite taille, ou l'infirmière coordinatrice pour les SSIAD ; - un qualiticien ; - un professionnel du service compétent ; - un consultant lorsque la direction a choisi de confier l'animation de l'évaluation interne à un organisme extérieur.	Son rôle : recueillir et diffuser l'information entre le comité de pilotage, les groupes de travail, l'ensemble des professionnels, les usagers, etc. Il est garant de la démarche, de la méthode et de la traçabilité de la démarche. Ses compétences : sens de l'intérêt général, vision de l'ensemble du service, et aptitudes à animer les groupes de travail, à planifier et à coordonner les actions.
Les cadres et les chefs de service, les responsables de secteur/coordonateurs	L'implication des cadres est un appui qui va permettre de mobiliser l'ensemble des professionnels.
Les professionnels intervenant au domicile ou accompagnant les usagers (auxiliaire de vie sociale, infirmières, éducateur, techniciens de l'intervention sociale et familiale, aide-soignant, ergothérapeute, psychologue, etc.)	Ils sont associés dans la réflexion, dans le recueil et l'analyse des informations selon différents moyens (réunions, entretiens individuels, notes écrites, questionnaires, espace extranet propre à la structure, etc.).
Les personnels administratifs	Ils sont intégrés dans l'équipe opérationnelle. Associer une secrétaire ou un professionnel disposant de compétences administratives et logistiques offre plusieurs avantages : le regard extérieur par rapport aux acteurs de terrain et le gain de temps par rapport aux questions techniques et d'organisation (prise en charge du compte rendu, organisation des réunions, etc.).
Les usagers ou les représentants d'usagers	Ils sont impliqués à différentes étapes et les modalités de leur participation sont variées (consultation, concertation, coproduction). Il faut distinguer la participation des usagers, de celles des proches.
Les administrateurs et/ou les bénévoles	Ils sont partie prenante des décisions du processus de l'évaluation interne, de la mobilisation des moyens, des décisions d'amélioration, de la communication en interne. Les bénévoles non dirigeants ne sont pas nécessairement associés au comité de pilotage.
Les partenaires	Il peut s'agir de responsables de CLIC, de travailleurs sociaux, de professionnels de santé, d'aidants familiaux, etc. Ils sont, autant que possible, associés dans le recueil d'informations, voire à l'analyse.

Outil 3 : Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles dans la démarche d'évaluation

Pour s'évaluer, les structures s'appuient notamment sur les recommandations de bonnes pratiques professionnelles élaborées par l'Anesm [33].

Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) représentent le champ de connaissance du sujet en question à un instant donné. Il incombe aux structures d'alimenter les réflexions des professionnels sur leurs pratiques et sur le fonctionnement du service en tenant compte de ces données. Ces RBPP interviennent par conséquent dans le développement d'une culture commune et l'harmonisation des prises en charge des personnes aidées par les professionnels.

Les questions à se poser pour intégrer les RBPP dans la démarche d'évaluation	• Comment prenons-nous connaissance des recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'Anesm ? • Une personne est-elle responsable de l'identification des RBPP s'appliquant à notre structure ? • Avons-nous commencé à les mettre en pratique ? Pour ce faire, qu'avons-nous mis en place (actions de sensibilisation ou de formation, groupes de parole…) ? • Qui est destinataire de ces actions (personnels d'encadrement, intervenants…) ? • Cela a-t-il débouché sur la mise en œuvre de modes opératoires, instructions de travail ou procédures, de plans d'action, de projets partenariaux ? • Comment nous assurons-nous que ces modes opératoires ou procédures sont respectés ?
Utiliser les RBPP pour construire le cadre évaluatif, établir des constats et analyser les informations recueillies	Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles fournissent des repères auxquels les structures vont pouvoir comparer leurs activités et prestations. Ces repères sont également identifiables dans le projet de service, les procédures, les référentiels existants, les échanges entre les professionnels de terrain. Les RBPP, tout comme les outils précités, définissent des pratiques optimales qui devraient être mises en place.
S'aider des RBPP pour élaborer des pistes d'amélioration	À partir des constats effectués précédemment, la structure peut identifier des pistes d'amélioration si les repères fournis dans les recommandations créent du sens pour le service et les usagers.

[33] « Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles sont des repères, des orientations, des pistes pour l'action destinées à permettre aux professionnels de faire évoluer leurs pratiques pour améliorer la qualité des prestations rendues aux usagers et de mettre en œuvre la démarche d'évaluation interne. Elles ne sont ni des dispositions réglementaires, ni un recueil des pratiques les plus innovantes et ne sont pas à prendre en tant que tel comme un référentiel d'évaluation pour le secteur social et médico-social. Elles représentent l'état de l'art qui fait consensus à un moment donné. Une pratique n'est pas bonne dans l'absolu. Elle l'est par rapport à un objectif à atteindre, dans un contexte donné et à un moment donné, en fonction des connaissances existantes. Si elle cible des pratiques précises, une recommandation n'a pas pour but d'apporter des solutions clés en mains. » Cette définition est extraite de la procédure d'élaboration des recommandations de bonnes pratiques professionnelles approuvée par le Conseil d'Administration de l'Anesm en mai 2011.

Outil 4 : Grille d'analyse des caractéristiques principales de la population accompagnée

Pour évaluer, il est nécessaire d'identifier les caractéristiques principales de la population effectivement accompagnée et de préciser si ces caractéristiques ont évolué depuis l'autorisation du service et/ou depuis la précédente évaluation.

Les caractéristiques principales de la population accompagnée sont de différentes natures. Elles reposent sur :

- des caractéristiques générales liées aux personnes accompagnées ;
- des caractéristiques liées à leur environnement (matériel, social, familial, etc.) ;
- des caractéristiques liées à leur parcours au sein du service.

Favoriser une analyse collective	• S'assurer de la contribution de toutes les compétences professionnelles disponibles et en particulier les intervenants à domicile et les référents. • Croiser les observations des professionnels et les données issues de la consultation et/ou de l'observation des personnes accompagnées. • L'analyse des informations doit se faire dans le respect des règles de confidentialité liées à la circulation des informations[34]. • L'analyse collective permet également de réinterroger le contenu des projets personnalisés en mettant en évidence les informations dont les professionnels ont besoin.
Mobiliser les outils existants	• Les dossiers des personnes accompagnées. • Les projets personnalisés/individuels/d'accompagnement/de soins ou plan de soin/d'intervention. • Les tableaux de bord de suivi.
Présenter les informations recueillies	Établir une synthèse des données récupérées précisant : • la date du recueil d'informations ; • les caractéristiques communes dégagées de l'observation des situations individuelles ; • les évolutions significatives.

[34] Anesm, *Les attentes de la personne et le projet personnalisé*, décembre 2008, p. 34.

Caractéristiques générales des personnes accompagnées

Nature des informations	Informations
Âge moyen à l'entrée dans le service	• Âge des personnes accompagnées au début de l'accompagnement par le service.
Sexe	• Répartition par sexe des personnes accompagnées.
Logement	• Nature, qualité et accessibilité du logement.
Santé et besoins de soins (physique, psychologique)	• Données relatives à l'état de santé des personnes (au début et pendant l'accompagnement). • Données relatives aux besoins en soins exprimés ou observés. • Données relatives aux motifs d'intervention (pour les familles). *Ex. : besoins d'une surveillance médicale et de soins constants ; détresse psychologique ; conduites addictives, un des parents malade, grossesse pathologique, trouble de la croissance (PMI).* • …/…
Limitation d'activités liées aux capacités fonctionnelles	• Données relatives aux limitations d'activités en lien avec les capacités fonctionnelles des personnes (déficiences viscérales, motrices, sensorielles). *Ex. : mobilité spatiale, temporelle ; limitation dans la réalisation des actes essentiels de la vie, besoins d'adaptation à l'environnement physique.* • …/…
Limitation d'activités liées aux capacités cognitives	• Données relatives aux limitations d'activités en lien avec les capacités cognitives des usagers (déficiences intellectuelles, troubles psychiques, handicap mental) *Ex. : troubles dans l'apprentissage et les acquisitions ; troubles des capacités relationnelles ; troubles du comportement ; troubles dans la communication.* • …/…
Facteurs de risques encourus par la personne	• Données relatives aux risques et éléments de fragilité spécifiques au profil des personnes accompagnées. *Exemple de risques : risque de chute, de se perdre, de se faire spolier, etc.* *Exemple d'éléments de fragilité : troubles cognitifs, isolement social, fin de vie, etc.*
Capacités juridiques	• Données relatives à la protection juridique des usagers (tutelle, curatelle, sauvegarde de justice, mesure d'accompagnement judiciaire, mesure d'accompagnement sociale personnalisé, etc.). • Données relatives à la personne responsable de la mesure (parents, fratrie, proches, service mandataire, etc.).
Pour les SAVS et les SAMSAH : Besoins d'accompagnement professionnel	• Données relatives au niveau de formation (niveau de scolarité, formation initiale et continue, diplômes) et au parcours professionnel (accès à l'emploi : type d'emploi occupé, type de contrat, durée ; éventuelles périodes de chômage (durée, accompagnement) ; adaptations de poste nécessaires). • …/…
…/…	• …/…

Caractéristiques liées à l'environnement des personnes accompagnées

Nature des informations	Informations
Situation géographique	• Données sur la répartition géographique des personnes accompagnées. • Indications sur le périmètre d'intervention du service. • Indication sur le temps de déplacement nécessaire.
Entourage	• Données sur la situation familiale et sociale des personnes accompagnées. *Ex. : structure familiale, catégorie socioprofessionnelle des parents ; nombre d'enfants ; pour personnes en perte d'autonomie, aidants (interventions de l'entourage ou non) ; liens avec les proches.*
Conditions de logement	• Données relatives aux caractéristiques du logement (type, confort, accessibilité, adaptations nécessaires).
Ressources	• Typologie de ressources des usagers. *Ex. : salaires (niveau), minima sociaux, allocation adulte handicapé, etc.*
Vie relationnelle et Intégration sociale	• Données relatives à la vie interpersonnelle, à l'investissement dans une vie sociale organisée (en dehors de la famille), à la gestion du temps libre (activités culturelles, sportives ou de loisirs).
…/…	• …/…

Caractéristiques liées au parcours des personnes accompagnées au sein du service

Nature des informations	Informations
Durée moyenne de l'accompagnement	• Durée de l'accompagnement des personnes.
Âge à la sortie	• Âge (moyen) des usagers en sortie d'accompagnement du service.
Fin du temps d'accompagnement : motifs et orientation de sortie	• Motifs de la fin du temps d'accompagnement. *Ex. : interruption du fait de la personne, interruption du fait du service, décès de la personne, etc.* • Orientations à l'issue du temps d'accompagnement. *Ex. : entrée en Ehpad, hospitalisation, etc.*
…/…	• …/…

Outil 5 : Le rapport d'évaluation interne

Le décret n° 2007-975 du 15 mai 2007 précise par ailleurs au chapitre III[35] que les résultats de l'évaluation interne et tout document utile à la compréhension de sa réalisation, ainsi qu'une note retraçant les choix opérés pour donner suite aux préconisations, doivent être fournis à l'évaluateur externe.

En conformité avec la circulaire du 21 octobre 2011 le document de transmission des résultats doit être structuré de la façon suivante :

1re partie : Présentation du service et des éléments de cadrage des activités
La présentation des missions, du cadre réglementaire et des objectifs principaux des activités déployées est réalisée de manière synthétique :
➤ les missions et le cadre réglementaire, contenus dans l'autorisation ; ➤ les contractualisations engagées (Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens – CPOM – ou autres) ; ➤ les principales valeurs de l'organisme gestionnaire et les références du projet de service ; ➤ les orientations et les objectifs généraux qui en découlent.
La caractérisation de la population est exposée et renvoie à toutes les dimensions de l'accompagnement (soins, éducatif, social, psychologique, formation…) :
➤ caractéristiques communes identifiées et évolutions significatives constatées dans le temps.
La spécification des objectifs à partir des activités communes aux services sociaux ou médico-sociaux est présentée. Est exposé synthétiquement ce que signifie concrètement pour la population :
➤ la garantie des droits individuels et la participation des usagers ; ➤ la prévention des risques ; ➤ la promotion de l'autonomie et de la qualité de vie ; ➤ la continuité de l'accompagnement et la coordination des interventions.

[35] Le décret n° 2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

2de partie : Éléments de méthode

Protocole d'évaluation :

- choix d'entrée et temporalité ;
- difficultés éventuelles rencontrées.

Les modalités de l'implication des instances délibératives et dirigeantes, des professionnels et des usagers dans la démarche :

- composition du comité de pilotage ;
- modalités de consultation des usagers aux différentes étapes de la démarche, précisant les types de données recueillies ;
- modalités d'association des professionnels aux différentes étapes de la démarche, précisant les types de données recueillies.

Les grandes modalités de la remontée des informations :

- les principaux indicateurs retenus ;
- les référentiels éventuellement utilisés ;
- les études ou recherches spécifiquement menées ou exploitées ;
- les grilles d'observation, de recueil de données utilisées ou créées ;
- les outils complémentaires éventuellement mobilisés.

3e partie : Présentation des résultats

Les principaux constats sont présentés de manière synthétique :

- le niveau de réalisation des objectifs ;
- le niveau d'intégration des recommandations de bonnes pratiques professionnelles ;
- les effets constatés pour les usagers et la pertinence des activités déployées.

Le plan d'amélioration du service rendu est précis. Il comprend :

- les objectifs d'amélioration prioritaires ;
- les résultats attendus, les indicateurs de suivi et de résultat retenus ;
- le calendrier de sa mise en œuvre.

Les moyens mobilisés ou à mobiliser sont déclinés sur plusieurs registres :

- les moyens humains et les compétences ;
- l'organisation et le management ;
- les moyens matériels et financiers ;
- l'information et la communication ;
- les partenariats à solliciter ;
- les résultats des actions mises en place, obtenus au cours de la période considérée.

Outil 6 : Repères pour l'évaluation

Les textes[36] relatifs à l'évaluation (interne et externe)

- l'article L312-1 du CASF : Établissements et services sociaux et médico-sociaux ;
- l'article L312-8 du CASF : Évaluation et systèmes d'information ;
- l'article L313-5 du CASF : Renouvellement de l'autorisation et résultats de l'évaluation externe ;
- Annexe 3-10 du CASF : Contenu du cahier des charges pour la réalisation des évaluations externes ;
- D312-198 à D312-205 du CASF : Calendriers des évaluations et modalités de restitution des résultats des évaluations des établissements sociaux et médico-sociaux.

Les textes relatifs aux services à domicile ayant opté pour l'agrément qualité

- l'article L313-1-2 : droit d'option et principe de l'évaluation externe applicable aux OASP ayant opté pour l'agrément qualité ;
- le décret n° 2006-912 relatif à l'évaluation applicable aux services d'aide et d'accompagnement à domicile ayant opté pour l'agrément prévu à l'article L129-1 du Code du travail (codifié aux articles D347-1 à D347-3 du CASF) ;
- l'arrêté du 24 novembre 2005 fixant le cahier des charges relatif à l'agrément qualité prévu au premier alinéa de l'article L129-1 (recodifié L7231-1) du Code du travail ;
- la circulaire ANSP/DGEFP/DGAS n° 1 du 15 mai 2007 relative à l'agrément des organismes de services à la personne ;
- le programme national pour le renouvellement de l'agrément qualité, daté du 1er février 2010, cosigné par la DGCIS, la DGAS, la CNSA et l'ANSP.

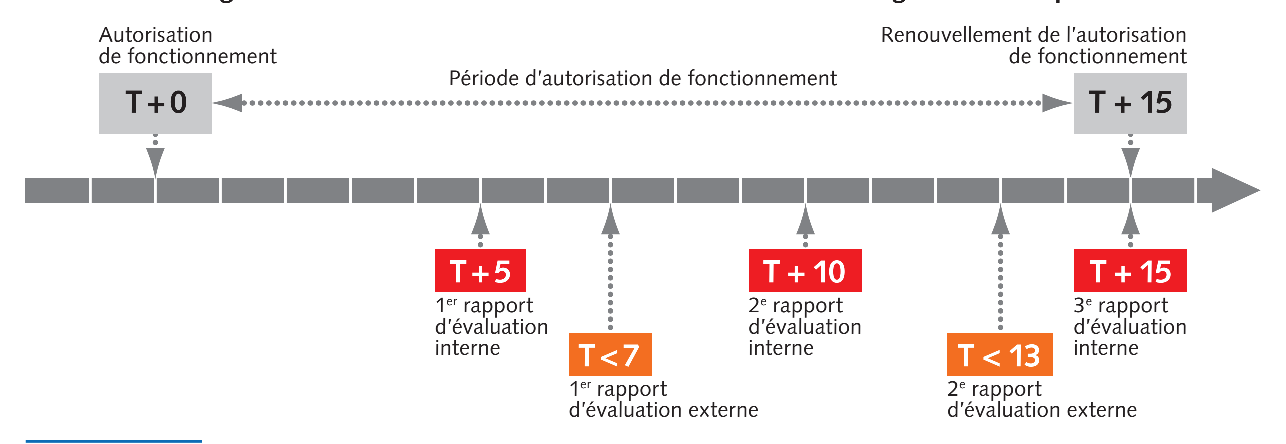
Recommandations

- *« Démarche qualité – Évaluation interne dans un établissement ou service médico-social ou social et recours à un prestataire – Guide méthodologique »*, DGAS, mars 2004.
- *« L'évaluation interne. Guide pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux »*, CNESMS, 2006.
- Recommandations de bonnes pratiques professionnelles sur *« La mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L312-1 du Code de l'action sociale et des familles »*, Anesm, 2008.
- Recommandations de bonnes pratiques professionnelles sur *« La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L312-1 du Code de l'action sociale et des familles »*, Anesm, 2009.

Calendrier des évaluations pour les services à domicile

L'article[37] 124 de loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite « HPST »), codifié à l'article 312-8 du Code de l'action sociale et des familles, et le décret d'application n° 2010-1319 du 3 novembre 2010 relatif au calendrier des évaluations et aux modalités de restitution des résultats des évaluations des ESSMS ont modifié le calendrier des évaluations initialement prévu par la loi du 2 janvier 2002.

Calendrier général des évaluations des services à domicile (hors dérogation ou cas particuliers)



[36] Cette page est disponible sur www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?page=article&id_article=358
[37] Cette page est également disponible sur www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?page=article&id_article=462#

Évaluation interne

L'évaluation interne repose sur une démarche continue retracée dans le rapport d'activité des services.

Principe : Les résultats de l'évaluation interne sont transmis tous les 5 ans à l'autorité ayant délivré l'autorisation ou lors de la révision de leur contrat pour les services qui ont conclu un contrat pluriannuel.

Dérogation : Pour les services autorisés et ouverts avant le 21 juillet 2009, les résultats d'au moins une évaluation interne sont communiqués au plus tard trois ans avant la date du renouvellement de leur autorisation.

Évaluation externe

Principe : Il résulte désormais de l'article L312-8 du CASF modifié, que les services mentionnés à l'article L312-1 du CASF sont tenus de procéder à deux évaluations externes entre la date de l'autorisation et le renouvellement de celle-ci.

Le décret n° 2010-1319 du 3 novembre 2010 codifié à l'article D312-205 du CASF prévoit que les services doivent procéder à **deux évaluations externes** entre la date d'autorisation et son renouvellement : la première, au plus tard 7 ans après la date de l'autorisation et la seconde, au plus tard deux ans avant son renouvellement.

En cas de contrat pluriannuel, le calendrier peut être prévu dans le contrat, dans les limites règlementaires.

Dérogation : Afin de tenir compte de la fin de validité des autorisations généralement de 15 ans, et des obligations faites aux établissements et services depuis la loi du 2 janvier 2002, les mesures transitoires ont été prises pour définir ce qui serait exigé d'ici à 2017 (date de fin des autorisations des services autorisés au titre de la loi du 2 janvier 2002).

Par dérogation, les services mentionnés à l'article L312-1 du CASF autorisés et ouverts avant la promulgation de la loi du 21 juillet 2009 procèdent au moins à **une évaluation externe** au plus tard deux ans avant le renouvellement de leur autorisation.

Les services doivent donc adresser les résultats de l'évaluation externe aux autorités de contrôle et de tarification avant le 03/01/2015.

NB : Concernant les **dispositions transitoires prévues** par la loi HPST du 21 juillet 2009, si l'arrêté d'autorisation d'un service est antérieur à la loi précitée et que l'ouverture effective a été effectuée après la publication de celle-ci ce service n'est pas régi par ces dispositions. Il faut dans ce cas se reporter aux principes fixés par la loi :

- communication des résultats de l'évaluation interne tous les 5 ans ;
- 2 évaluations externes entre la date d'autorisation et son renouvellement.

Cas particuliers

➤ **Les organismes agréés de services à la personne (OASP).**

Les services d'aide et d'accompagnement à domicile disposent d'un droit d'option qui les conduits à choisir entre la procédure d'autorisation classique ou la procédure d'agrément qualité (art. L313-1.2 du CASF)[38].
- Les services **autorisés** sont soumis aux dispositions générales concernant les ESSMS évoquées plus haut.
- Les services agréés et certifiés sont dispensés d'évaluation externe (art. D347-2) sous certaines conditions (art. D347-3 du CASF) .
- Les services agréés non certifiés doivent faire procéder à **une évaluation externe tous les 5 ans** (art. D347-1 du Code de l'action sociale et des familles).

Calendrier de transmission des résultats : Ces services doivent transmettre au Préfet les résultats de l'évaluation externe au moins 6 mois avant la date d'expiration du délai de renouvellement de l'agrément.

NB : Les services dont l'agrément expire en 2011 pourront communiquer leurs résultats au Préfet au plus tard 3 mois avant la date limite de dépôt de la demande (soit 6 mois au moins avant la fin de l'agrément).

Outil 7 : Articulation de l'évaluation interne avec les autres obligations

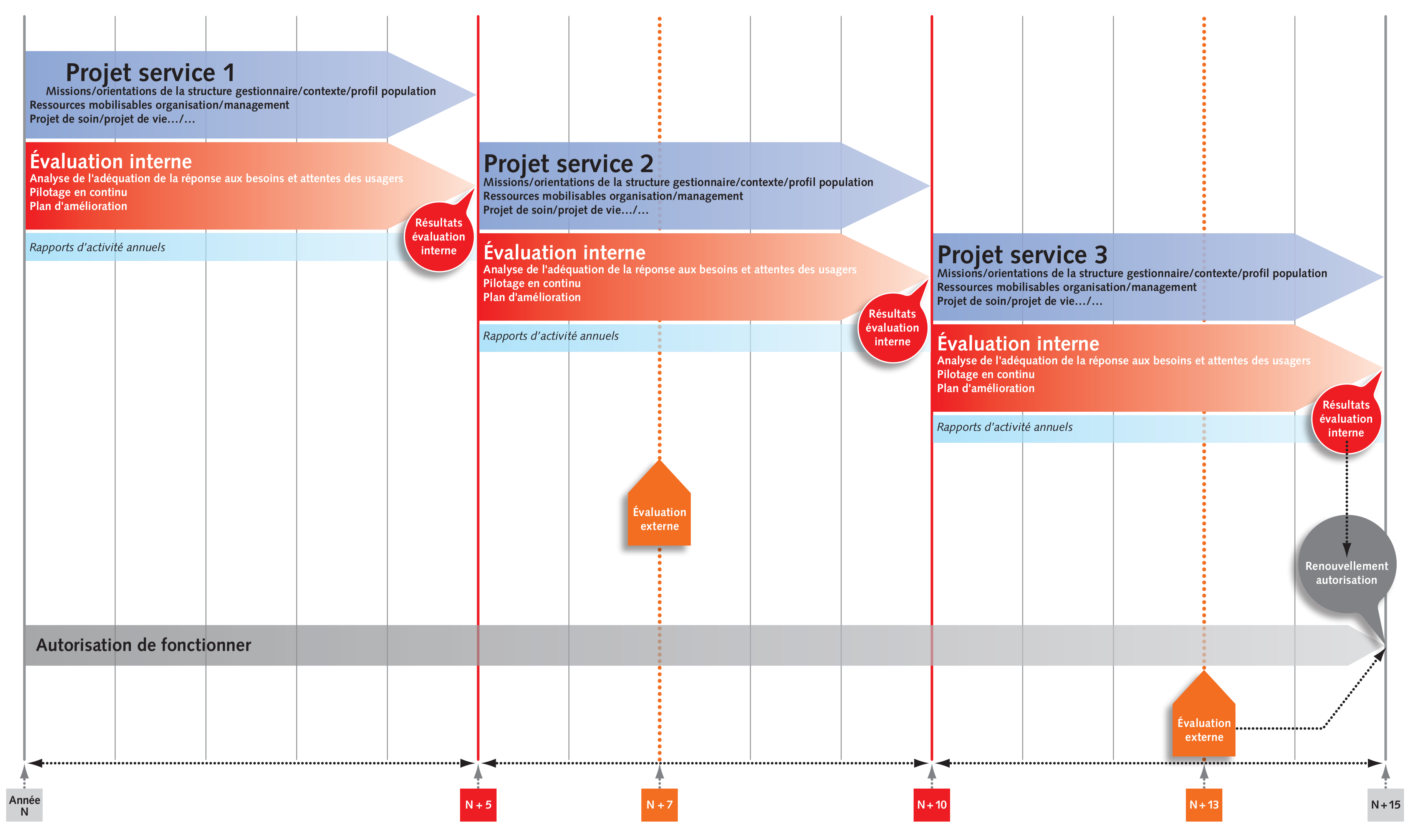
Les documents tels que le projet de service et le rapport d'activité sont des supports facilitant la démarche d'évaluation : ils font état d'éléments de contexte, de « population cible », de ressources mobilisables, d'organisation prévue et d'objectifs poursuivis.

Le questionnement évaluatif va permettre de mettre en évidence l'évolution du contexte, du profil des personnes effectivement accompagnées, des ressources effectivement mobilisées, des pratiques effectivement déployées et des effets pour les usagers effectivement observés.

Le projet de service	Chaque service dispose d'un projet de service dont l'actualisation doit être effectuée au moins tous les cinq ans. • Il décline les missions générales confiées par le biais de l'autorisation. Ces orientations sont liées au contexte (implantation, territoire, etc.) et aux ressources internes et externes mobilisables (ressources humaines, organisation, management, architecture, coordinations, etc.). • Il précise le profil de la population accompagnée **[Outil 4 : Grille d'analyse des caractéristiques principales de la population accompagnée]**, formalise les objectifs et présente la manière dont les modalités d'intervention spécifiques sont adaptées à chaque personne. **C'est dans le projet de service que l'on retrouve les objectifs qui permettent d'élaborer le cadre évaluatif.**
Le rapport d'activité	*« Les évaluations internes prévues au premier alinéa de l'article L312-8 reposent sur une démarche continue retracée chaque année dans le rapport d'activité des établissements et services concernés »* (article D312-203 du CASF). Chaque année la direction du service rend compte de son activité aux autorités de contrôle et de tarification dans un rapport d'activité (RA) mentionné à l'article R314-50 du Code de l'action sociale et des familles. **Dans ce rapport d'activité, de nombreuses données, en particulier concernant l'évaluation de l'axe 2 et 3 sont disponibles.**
L'évaluation externe	Le service fait appel à un prestataire parmi les organismes habilités par l'Anesm, pour réaliser l'évaluation externe. Pour faire ce choix, le service élabore un document de mise en concurrence qui définit les finalités de l'évaluation externe et ses modalités de mise en œuvre. Le rapport réalisé par le prestataire est destiné au service qui le remet à l'autorité ayant délivré l'autorisation. **Un des objectifs de l'évaluation externe est d'examiner les suites réservées aux résultats issus de l'évaluation interne (décret 15 mai 2007- article annexe3-10).**

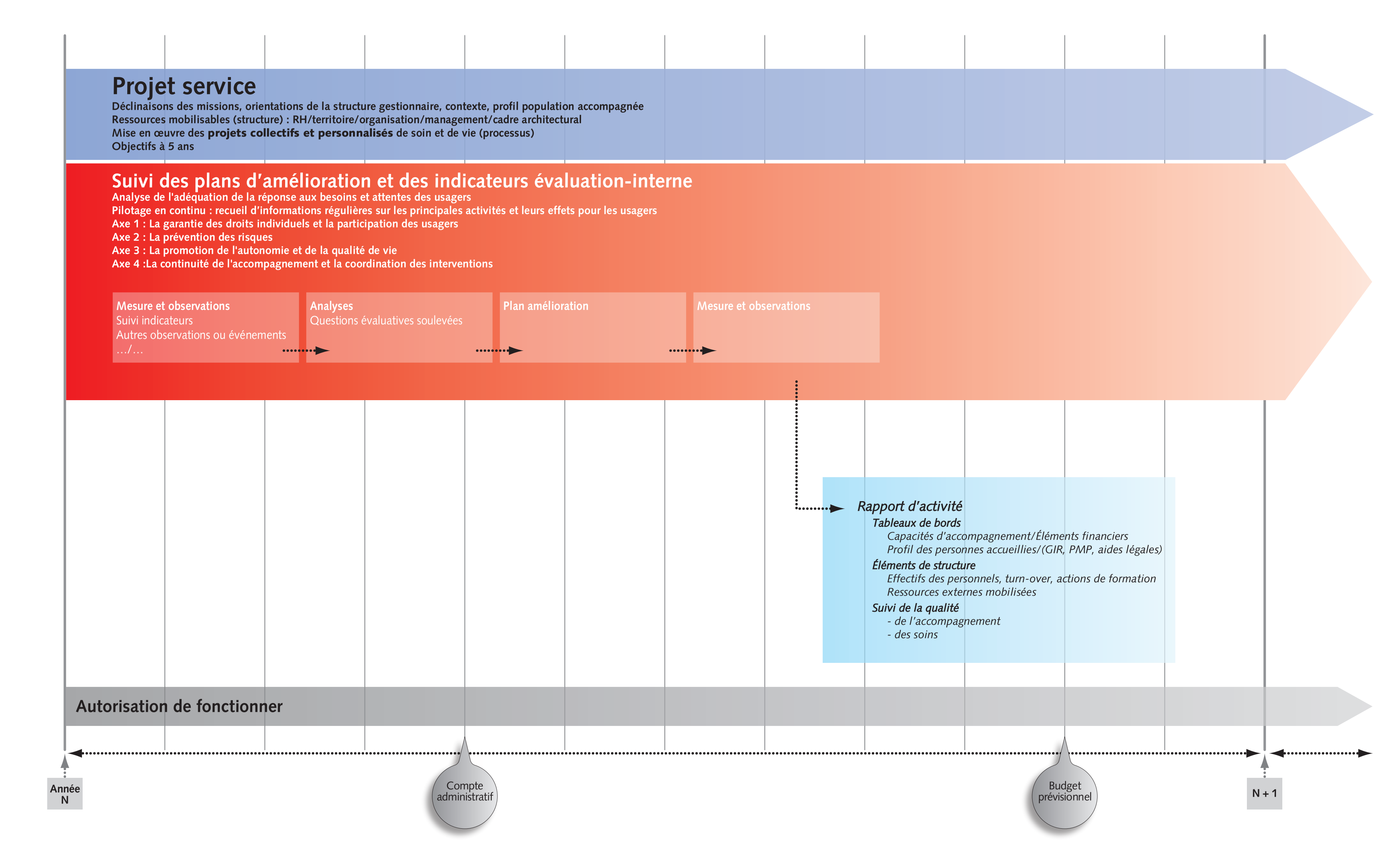
[38] Les conditions du renouvellement sont les suivantes :
- le champ de la certification couvre l'intégralité de l'activité faisant objet de l'agrément ;
- le référentiel de certification utilisé est élaboré et validé conformément à la réglementation ;
- l'organisme certificateur bénéficie d'une accréditation par une instance reconnue à cet effet et selon les normes européennes de la série 45 000 ;
- la certification est effectuée tous les 5 ans ;
- les résultats de la certification sont communiqués au Préfet dans les mêmes délais que l'évaluation externe, qui les transmet aux Présidents des Conseils généraux.

Articulations projets/évaluations : 15 ans



Articulations projets/évaluations : 5 ans

Articulations projets/évaluations : 1 an



Annexe 2. Synthèse des sigles de la recommandation

ACMS : Association interprofessionnelle des centres médicaux et sociaux de la santé au travail

ADAPEI : Association départementale des parents et amis des personnes handicapées mentales

ADF : Assemblée des départements de France

ADMR : Aide à domicile en milieu rural

AD-PA : Association des directeurs au service des personnes âgées

AEMO : Action éducative en milieu ouvert

AES : Accident d'exposition au sang

ALGI : Association pour le logement des grands infirmes

ANAH : Agence nationale de l'habitat

ANAP : Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux

ANSP : Agence nationale des services à la personne

APA : Allocation personnalisée d'autonomie

APEI : Association de parents d'enfants inadaptés

APF : Association des paralysés de France

APPS : Association pour la promotion de la santé

ARS : Agence régionale de santé

AVS : Auxiliaire de vie sociale

CAF : Caisse d'allocation familiale

CASF : Code de l'action sociale et des familles

CASVP : Centre d'action sociale de la ville de Paris

CCAS : Centre communal d'action sociale

CHSCT : Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail

CIDES : Chorum initiative pour le développement de l'économie sociale

CLIC : Centre local d'information et de coordination

CNAV : Caisse nationale d'assurance vieillesse

CNESMS : Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale

CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

CPA : Comité de pilotage associatif

CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

COPIL : Comité de pilotage

CSI : Centre de soins infirmiers

CVS : Conseil de la vie sociale

DGAS : Direction générale de l'action sociale

DGCS : Direction générale de la cohésion sociale

DGCIS : Direction générale de la compétitivité, de l'industrie et des services

DGEFP : Délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle

DIPC : Document individuel de prise en charge

DRESS : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DUERP : Document unique d'évaluation des risques professionnels

EHESP : Ecole des hautes études en santé publique

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

FEHAP : Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne

FESP : Fédération des services aux particuliers

FNAAFP/CSF : Fédération nationale des associations de l'aide familiale populaire/Confédération syndicale des familles

FHF : Fédération hospitalière de France

GEVA : Guide d'évaluation des besoins de compensation de la personne handicapée

GIR : Groupes iso-ressources

IRTS : Institut régional du travail social

Loi HPST : Loi « Hôpital, patients, santé, territoires »

MAIA : Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer

MDPH : Maison départementale des personnes handicapées

MiRe : Mission recherche

OASP : Organisme agréé de service à la personne

PAQ : Plan d'amélioration de la qualité

PACT : Propagande et action contre les taudis

RA : Rapport d'activité

RAI : Résident assessment instrument

RBPP : Recommandation de bonnes pratiques professionnelles

SAAD : Service d'aide et d'accompagnement à domicile autorisé

SAMSAH : Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés

SAVS : Service d'accompagnement à la vie sociale

SPASAD : Service polyvalent d'aide et de soins à domicile

SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile

TISF : Technicienne de l'intervention sociale et familiale

UNA : Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles

UNAFAM : Union nationale des amis et familles de malades psychiques

UNASSI : Union nationale des associations et des services de soins infirmiers

UNAPEI : Union nationale des associations de parents d'enfants inadaptés

UNCCAS : Union nationale des centres communaux d'action sociale

UNIOPSS : Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux

URIOPSS : Union régionale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux

Annexe 3. Élaboration de la recommandation

Méthode de travail

La méthode retenue est celle du **consensus simple**. Cette recommandation a été élaborée sur la base des résultats d'une **analyse critique de la littérature nationale et internationale** et d'une **enquête qualitative** permettant un recueil des pratiques professionnelles existantes.

La production de la recommandation s'est appuyée sur un **groupe de travail** composé de professionnels. Il s'est régulièrement réuni et a suivi l'ensemble du processus d'élaboration du document, en y apportant une pluralité de points de vue.

Le projet de recommandation a été présenté à un **groupe de lecture**, dont les remarques ont été prises en compte dans la version finale.

Le projet de recommandation a ensuite été soumis aux instances de l'Anesm et a fait l'objet d'une analyse juridique.

Conduite des travaux

Équipe projet de l'Anesm

Aline METAIS, responsable projet

Cyril DESJEUX, chef de projet

Aurélie MARTIN, chef de projet

Michèle PONDAVEN, responsable projet

Marie-Pierre HERVY, responsable de projet

Nagette DERRAZ, assistante du service Recommandations

Analyse documentaire

Patricia MARIE, documentaliste

Mathilde CHAMPARE, chargée de mission évaluation

Revue de littérature

Société Socrates, consultant pour la revue de la littérature Internationale

Enquête qualitative

Aline METAIS, responsable projet

Cyril DESJEUX, chef de projet

Mireille BERBESSON, chef de projet

Groupe de travail

Nelly BAUDRON, conseillère technique, Union nationale des centres communaux ou intercommunaux d'action sociale (Unccas), Paris

Marie-France BERNARD, déléguée intervention sociale et services à la personne (SAP), Adessa à domicile Fédération nationale, Paris

Céline BRESSON, responsable qualité dans un service d'aide à domicile, Progress 91, Savigny-sur-Orge, Essonne

Frédérique CHADEL, adjointe à la cheffe de bureau en charge des services d'aide et d'accompagnement à domicile autorisé (Saad), Direction générale de la cohésion sociale (Dgcs), Paris

Sylvie FONTAN, coordinatrice d'un Service de soins infirmiers à domicile (Ssiad) – Fédération hospitalière de France (FHF), Molsheim, Bas-Rhin

Jean-Louis GILLES, vice-président, Union nationale des amis et familles de malades psychiques (Unafam), Paris

Laury GINGREAU, conseillère en économie sociale et familiale dans un Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS), Association départementale des parents et amis des personnes handicapées mentales (Adapei) 79, Niort, Deux-Sèvres

Corinne HARDY, responsable de services dans un Centre de soins infirmiers (CSI) et Ssiad, Croix-Rouge Française, Rochechouart, Haute-Vienne

Sabine JEUCH, responsable action sociale, Agence nationale des services à la personne (Ansp), Paris

Bénédicte LEMORE, représentante de l'Union nationale des associations de formation et de recherche en intervention sociale (Unaforis), Hérouville Saint-Clair, Calvados

Evelyne MARION, conseillère technique, Association des paralysés de France (APF), Paris

Marie-Christine MARTIN, psychologue bénévole, France Parkinson, Paris

Joëlle OLIVIER, responsable de structures, Association des directeurs au service des personnes âgées (AD-PA)

Emilie PARNIERE, responsable de la stratégie qualité, Ansp, Paris

Christophe PELLETIER, responsable qualité, Union nationale de l'aide, des soins et des services aux Domiciles (UNA), Paris

Philippe RODRIGUEZ, UNA et président de la section personnes âgées du Comité d'orientation stratégique de l'Anesm, Ris-Orangis, Essonne

Jean-Marc ROYE, chef de service d'un Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (Samsah), Association de parents d'enfants inadaptés (Apei) de Lens, Pas-de-Calais

Pauline SASSARD, conseillère Santé-Social Personnes Âgées, Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (Fehap), Paris

Nicolas VALLICIONI, assistant démarche qualité du Centre communal d'action sociale (Ccas) de Nice, Alpes-Maritimes

Sylvie VISINKO, directrice d'un SAVS et d'un Samsah, Adapei 79, Deux-Sèvres

Groupe de lecture

Maxime AIACH, président, Fédération des services aux particuliers (Fesp), Paris

Vololona ANDRIANT, chargée de mission qualité, Fédération nationale des associations de l'aide familiale populaire/ Confédération syndicale des familles (Fnaafp/CSF), Paris

Laure BLANC, directrice de fédération, Aide à domicile en milieu rural (Admr), Tours, Indre-et-Loire

Frédéric BONNET, adjoint de direction, Association pour la promotion de la santé (Apps), Castelsarrasin, Tarn-et-Garonne

Brigitte BUZZINI-CASSET, directrice, Savs et Samsah, Blois, Loir-et-Cher

Dr Alain CORVEZ, directeur stratégie et performance, Agence régionale de santé (ARS) Languedoc-Roussillon, Hérault

Martine DECHAMP, présidente, Commission d'action sanitaire et sociale de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV), Paris

Thierry FAVRELIERE, directeur des droits de la personne accompagnée, de l'évaluation et de la qualité, Union nationale des associations de parents d'enfants inadaptés (Unapei)/Adapei 79, Niort, Deux-Sèvres

Guy FONTAINE, secrétaire général, Fnaafp/CSF, Paris

Peggy GLESS, administratrice, Union nationale des associations et des services de soins infirmiers (UNASSI)

Claire GOSSET, responsable service Fédération Admr 02, Laon, Aisne

Murielle JAMOT, adjointe en charge du secteur social et médico-social, FHF, Paris

Pauline MAILLOT, attachée de direction qualité projets communication, Apei de Lens et environs, Pas-de-Calais

Sophie MAUNIER, directrice développement des actions médico-sociales, Les Papillons Blancs de l'Essonne

Judith MOLLARD, chef de projet, France Alzheimer, Paris

Christel MOUISSET, chargé de mission Ssiad, Dgcs, Paris

Alice MÜLLER, chargée de mission qualité, gestion des risques et promotion de la bientraitance, direction Santé-Autonomie, Croix-Rouge Française, Paris

Carine PENOCCI, responsable projet qualité, Générations Mutualistes/Réseau famille de la Mutualité Française, Paris

Laurent PERAZZO, adjoint de direction du secteur social et médico-social, Fehap, Paris

Etienne PETITMENGIN, directeur général adjoint chargé du pôle solidarités et cohésion sociale, Conseil général 25, Doubs

Christophe PITEUX, responsable du département conseil juridique et formation, Unccas, Paris

Jérôme REYNE, directeur chargé des personnes âgées, Conseil général de la Loire, Saint-Etienne, Loire

Aurore ROCHETTE, déléguée santé et soins, ADESSA à domicile, Fédération nationale, Paris

Philippe SANCHEZ, dirigeant d'une structure de Sap, ALLIANCE services Ardennes et président de l'Union nationale des entreprises d'aide à domicile, Ardennes

Jean-Marie SIMON, directeur de service d'action éducative en milieu ouvert (AEMO), représentant l'Association de directeurs, cadres de direction et certifiés de l'École des hautes études en santé publique (EHESP) au Comité d'orientation stratégique de l'Anesm

Danielle VILCHIEN, Inspection Générale des Affaires Sociales (Igas) honoraire, expert bénévole, France Parkinson, Paris

Alain VILLEZ, directeur adjoint de l'Union régionale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (URIOPSS) Nord-Pas-de-Calais et Conseiller technique personnes âgées, Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (UNIOPSS)

Liste des personnes ressources interviewées

Annick BONY, cheffe de bureau, Dgcs, Paris

Mathias de CHASSEY, chargé de mission SAP, Familles Rurales, Paris

Louis-Xavier COLAS, chargé de mission pour le développement de l'aide à domicile, Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées (CNSA), Paris

Sylvain CONNANGLE, directeur d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), membre du conseil scientifique, Bergerac, Dordogne

Jean DETOLLE, président d'anciennement GERIAPA

Fabienne DUBUISSON, conseillère technique, sous-direction de l'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées, Dgcs, Paris

Nicole FAGET, présidente Unassi, directrice de Ssiad Castelnau-Magnoac, Hautes-Pyrénées

Nicole FRANCOIS, présidente ajointe des Ainés Ruraux, en charge du social et de la solidarité (Fédération départementale des Côtes d'Armor)

Sophie GALLAIS, chef du réseau Saad du Centre d'action sociale de la ville de Paris (CASVP), Paris

Jean-Pierre HARDY, chef de service « politiques sociales », Association des départements de France (ADF), Paris

Marie-Dominique LUISSIER et Virginie HOAREAU, Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), Paris

Clara MARTIN-PREVEL, responsable développement à l'union nationale, Admr, Paris

Liste des services et associations visités

Association COTRA (SAVS), Fontenay le Fleuri, Yvelines

Association La nouvelle Forge (Samsah), Creil, Oise

Association L'œuvre Falret (SAVS), Paris

A DOMICILE 58 (Spasad), Nevers, Nièvre

ADSEVEL (SSIAD, Saad), Guingamp, Côtes d'Armor

Association Val de Saône Dombes Services (Spasad), Reyrieux, Ain

Fédération ADMR des Côtes d'Armor, (Ssiad, Saad), Plérin, Côtes d'Armor

Réseau départemental des coordinatrices de Ssiad d'Indre et Loire, Indre-et-Loire

Sesvad (Samsah, SAVS, Saad), Saint-Brieuc, Côtes d'Armor

Spasad Croix-Rouge Française, Villeurbanne, Rhône

Coordination

Thérèse HORNEZ, chef du service Recommandations

Analyse juridique

La vérification et la conformité juridique de ce document a été effectuée par Me Olivier POINSOT, avocat à la Cour, chargé de cours à la faculté de droit de Toulouse, SCP GRANDJEAN-POINSOT-BETROM, Montpellier, Hérault

Coordination éditoriale

Dominique LALLEMAND, responsable de la communication et des relations institutionnelles, Anesm

Yaba BOUESSE, chargée de communication, Anesm

Bibliographie et travaux d'appui

Sont disponibles sur le site de l'Anesm www.anesm.sante.gouv.fr :

- une bibliographie ;
- les versions PDF ou les liens pour accéder aux textes législatifs et aux recommandations cités dans le document ;
- un PowerPoint de présentation de la démarche d'évaluation interne aux services à domicile.

L'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm)

Créée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm) est née de la volonté des pouvoirs publics **d'accompagner la mise en œuvre de l'évaluation interne et externe** dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS), dispositif institué par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

L'Agence est constituée sous la forme d'un groupement d'intérêt public entre l'État, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et des organismes représentant les établissements sociaux et médico-sociaux, les professionnels et les usagers.

Ses missions

Les missions de l'Anesm sont directement issues des obligations faites aux ESSMS en matière d'évaluation.

- La première a pour but de mettre en œuvre un système d'évaluation interne en continu des activités et de la qualité des prestations délivrées par les catégories d'ESSMS visés à l'article L312-1 du Code de l'action sociale et des familles, à partir des références, des procédures et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées ou, en cas de carence, produites par l'Anesm.
- La deuxième consiste à habiliter des organismes extérieurs qui procèdent à l'évaluation externe à laquelle sont soumis les ESSMS.

L'État a confié aussi à l'Anesm des missions connexes parmi lesquelles la détermination des principes fondamentaux de l'évaluation.

Son fonctionnement

L'Anesm est dotée d'une instance de gestion - **le Conseil d'administration** - qui valide le programme de travail et le budget et de deux instances de travail :

- **le Conseil scientifique**, composé de 15 personnalités, apporte une expertise, formule des avis d'ordre méthodologique et technique et veille à la cohérence, à l'indépendance et à la qualité scientifique des travaux.
- **le Comité d'orientation stratégique**, composé de représentants de l'État, d'élus, d'usagers, de collectivités territoriales, de fédérations, de directeurs d'établissements, de salariés, d'employeurs…, est une instance d'échange et de concertation qui participe à l'élaboration du programme de travail de l'Agence et formule un avis sur le caractère opérationnel des projets de recommandations.

Les champs de compétences

L'Anesm est compétente dans le champ des personnes âgées, des personnes handicapées, de l'inclusion sociale, de la protection de l'enfance, de la protection juridique des majeurs, de l'addictologie… Elle couvre les catégories de services et d'établissements sociaux et médico-sociaux visés à l'article L312-1 du code de l'Action sociale et des familles.

Le dispositif d'évaluation

- Les recommandations validées par l'Agence alimentent l'évaluation interne des ESSMS. Les deux tiers d'entre eux étaient engagés dans cette démarche fin 2010.
- L'Agence a habilité, au 15 mars 2011, un peu plus de 700 organismes qui peuvent procéder à l'évaluation externe, à la demande des ESSMS. Les résultats de cette évaluation fondent exclusivement le renouvellement de l'autorisation délivrée par les autorités de contrôle et de tarification.

Les recommandations de l'Anesm

Vingt-cinq recommandations de bonnes pratiques professionnelles disponibles sur www.anesm.sante.gouv.fr :

« L'expression et la participation des usagers dans les établissements relevant du secteur de l'inclusion sociale » ;

« La mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés par l'article L312-1 du code de l'Action sociale et des familles » ;

« La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre » ;

« Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées » ;

« Les conduites violentes dans les établissements accueillant des adolescents : prévention et réponses » ;

« L'ouverture de l'établissement » ;

« Les attentes de la personne et le projet personnalisé » ;

« Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance » ;

« L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social » ;

« La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant de l'article L312-1 du code de l'Action sociale et des familles » ;

« Mission du responsable de service et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance à domicile » ;

« Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement » ;

« Pour un accompagnement de qualité des personnes avec autisme ou autres troubles envahissants du développement » ;

« L'exercice de l'autorité parentale dans le cadre du placement » ;

« La participation des usagers dans les établissements médico-sociaux relevant de l'addictologie » ;

« Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service » ;

« Le questionnement éthique dans les établissements sociaux et médico-sociaux » ;

« Qualité de vie en Ehpad (volet 1) : De l'accueil de la personne à son accompagnement » ;

« Le partage d'informations à caractère secret en protection de l'enfance » ;

« L'accompagnement des jeunes en situation de handicap par les Sessad » ;

« Qualité de vie en Ehpad (volet 2) : Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne » ;

« Qualité de vie en Ehpad (volet 3) : La vie sociale des résidents en Ehpad » ;

« L'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes » ;

« Autisme et autres TED : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent » ;

« L'évaluation interne : repères pour les services à domicile au bénéfice des publics adultes ».

Trois **enquêtes nationales** relatives à l'évaluation interne des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Deux **rapports d'analyse nationale** concernant l'état du déploiement des pratiques professionnelles concourant à la bientraitance des résidents en Ehpad et la perception de leurs effets par les conseils de vie sociale.

Conception graphique : Opixido
Impression : Corlet imprimeur, S.A. - 14110 Condé-sur-Noireau
Dépôt légal : avril 2012
N°imprimeur : 133680

Anesm

5 rue Pleyel - Bâtiment Euterpe - 93200 Saint-Denis

Téléphone 01 48 13 91 00

Site www.anesm.sante.gouv.fr

Toutes les publications de l'Anesm sont téléchargeables

Avril 2012